



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Patientperspektiv på DBT

Upplevelser av behandlarrelationer och förändringar i självbild.

Gunnar Eriksson & Lotta Nilsson

Psykologexamensuppsats. 2014

Handledare: Lars-Gunnar Lundh
Examinator: Per Johnsson

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a psychiatric condition associated with severe functional impairments in areas including emotion regulation, impulse control and the maintenance of stable and balanced self-views as well as interpersonal relationships. Dialectical Behavior Therapy (DBT) is a comprehensive cognitive-behavioral treatment program that has been shown effective in reducing suicidal behaviors in patients diagnosed with BPD.

Nevertheless, the scarceness of studies examining treatment effects on long term aspects of the borderline personality, such as self-views, calls for further exploration. The present paper sought to examine the experiences of five former patients diagnosed with BPD who completed a DBT-program, in regard to relationships with therapists and changes in self-views. A subsidiary aim of the study was to identify factors that in participants' experience had contributed to such changes. The results indicate that at post-treatment, participants experienced significant positive changes in self-views as well as in interpersonal functioning. Factors reported as contributing to change were motivation, relationships in and outside of treatment as well as skills acquired in DBT. A well-established theoretical approach to the development and maintaining of self-views, self-verification theory, is applied to discuss the processes by which change has occurred.

Keywords: Borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, self-view, self-verification theory, therapeutic relationship

Innehållsförteckning

Borderline personlighetsstörning	1
Borderlinebegreppet - en historisk översikt.....	2
Diagnostik.....	4
<i>Differentialdiagnostik och komorbiditet</i>	<i>5</i>
Epidemiologi.....	5
Symptomatologi.....	6
<i>Borderline, självbild och interpersonella relationer</i>	<i>7</i>
Etiologi.....	10
<i>Psykodynamiska förklaringsmodeller</i>	<i>11</i>
<i>Biologiska och genetiska faktorer</i>	<i>12</i>
<i>Biosocial teori.....</i>	<i>13</i>
<i>Övriga modeller.....</i>	<i>15</i>
Självverifieringsteori	16
Behandling vid BPD.....	19
Allians och validering viktiga faktorer vid behandling av BPD.....	19
Psykoterapiformer utvecklade för BPD.....	21
<i>Dialektisk beteendeterapi.....</i>	<i>23</i>
<i>Behandlingsupplägg i DBT.....</i>	<i>24</i>
<i>Förändringsmekanismer i DBT</i>	<i>25</i>
<i>Empiriskt stöd för DBT.....</i>	<i>27</i>
Behov av patientperspektiv	28
Syfte.....	28
METOD	29
Urval.....	29
Instrument	29
Procedur.....	29
Dataanalys	30
Författarnas förförståelse	33
Etiska överväganden.....	33
RESULTAT.....	34
Självbild innan DBT	34
Negativ självvärdering.....	35
Oviktigt eller otillgängligt själv	36
Rädsla för ensamhet	36
Uppgivenhet inför framtiden	37
Relationella erfarenheter innan DBT.....	38
Vad andra fick se.	38
Svårigheter i relationer.....	39
Negativa erfarenheter av vård.....	40
Självbild efter DBT	41
Positiv självvärdering	42
Nyansering.....	43
Inre kontroll	44

Tankar om framtiden	44
Förbättrade relationer efter DBT.....	45
Ökad lust till umgänge	46
Förbättrad förmåga till kommunikation.....	46
<i>Anpassning av kommunikation.</i>	46
<i>Att tydligt uttrycka behov.</i>	47
Ovant att bli väl behandlad.....	48
Faktorer som bidragit till förändringar i självbild.....	48
Förändringsmotivation.....	49
Relationer har bidragit till förändring	50
<i>Relationer till individualterapeuter</i>	51
<i>Relationella erfarenheter från färdighetsträningsgruppen.</i>	52
<i>Relationer utanför behandlingen.</i>	53
Färdigheter som utvecklats i DBT har bidragit till förändring.	53
<i>Acceptans</i>	53
<i>Validering</i>	54
Övriga teman.....	55
Ambassadörsskap	55
DISKUSSION	56
Resultatdiskussion	56
Generella symptom.	56
Negativ självbild.....	57
Upprätthållande av negativ självbild ur självverifieringsperspektiv.	57
Symptomlättnader och förändrad självbild	59
Förbättrade relationer.....	60
Faktorer som bidragit till förändringar i självbild.....	61
<i>Motivation.</i>	61
<i>Relationer som förändringsfaktor.</i>	62
<i>Färdigheter som förändringsfaktor</i>	63
Relationella erfarenheter och förändringar i självbild	64
Metoddiskussion	65
Urval.....	65
Instrument.	66
Procedur.....	67
Dataanalys	68
Författarnas förförståelse.	69
Etiska överväganden.....	70
Slutsatser	70
Vidare forskning	71
REFERENSER	72

Borderline personlighetsstörning (BPD) är ett psykiatriskt tillstånd förknippat med betydande intra- och interpersonella svårigheter, som leder till stort lidande för såväl direkt berörda individer som för deras anhöriga (Giffin, 2008; Rizvi, Steffel & Carson-Wong, 2013). Förekomsten av BPD är hög i både normalbefolkningen och kliniska populationer; i psykiatrisk slutenvård beräknas prevalensen uppgå till 20% (American Psychiatric Association, 2013). I patientgruppen uppskattas prevalensen av självskadebeteenden till 80% och tillståndet förknippas med höga suicidtal (Rizvi et al., 2013). Omkring 10% av patienterna diagnosticerade med BPD fullbordar suicid, vilket är 50 gånger högre än i normalpopulationen (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). Patientgruppen fordrar stora resurser i både somatisk och psykiatrisk vård, och BPD förknippas med höga kostnader även utanför vårdssammanhang (van Asselt, Dirksen, Arntz & Severens, 2007), varför utvecklandet av effektiva och kliniskt användbara behandlingsformer för tillståndet är av samhällsekonomiskt intresse. BPD ansågs länge vara ett icke behandlingsbart tillstånd och fortfarande ses denna patientgrupp som svårbehandlad (Katsakou et al., 2012; Rizvi et al., 2013). I nuläget har dock fyra evidensbaserade behandlingsmetoder visat sig effektiva vid BPD (Zanarini, 2009). En av dessa behandlingar är dialektisk beteendeterapi (DBT), ett behandlingsprogram som på kort tid fått stor spridning internationellt (Rizvi et al., 2013) och som syftar till att öka patientens förmåga till emotionsreglering och som i flera studier har förknippats med signifikant symptomreduktion, framförallt vad gäller suicidförsök och självskadebeteenden (Dixon-Gordon, Turner & Chapman, 2011; Linehan, 1993). Varken behandlingseffekter på andra symptom än suicid- och självskadebeteenden vid BPD eller vilka verksamma faktorer som ligger bakom behandlingsframgångar har ännu studerats i större omfattning, varför behovet av studier som undersöker dessa områden är stort.

Borderline personlighetsstörning

I femte utgåvan av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders definieras personlighetsstörningar som:

...an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adult hood, is stable over time, and leads to distress or impairment. (American Psychiatric Association, 2013, s. 645)

Personlighetsstörningar beskrivs som maladaptiva och överdrivet rigida eller extrema karaktärsdrag som ger svårigheter i att skapa och bibehålla välfungerande relationer till andra och som kan leda till långvarigt subjektivt lidande för individen (American Psychiatric Association, 2013).

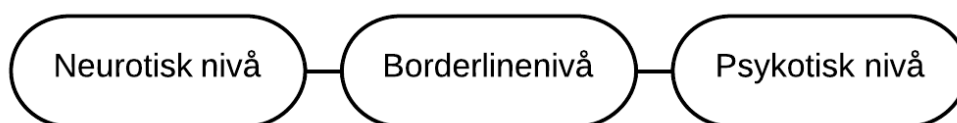
BPD är en personlighetsstörningsdiagnos som rönt stort intresse hos både forskare och kliniker, och litteraturen på området är omfattande. Nedan följer en redogörelse över begreppets historia, följt av en presentation av diagnostik, symptomatologi och etiologi, innan slutligen självverifieringsteori och några perspektiv på behandling redovisas.

Borderlinebegreppet - en historisk översikt. I början av 1900-talet utgick den moderna psykiatriska diagnostiken från klassifikationssystem där psykiatriska tillstånd betraktades som organiskt betingade och övergripande kategoriserades som antingen psykotiska eller neurotiska till sin natur (Bürgy, 2008). Svårkategoriserade patienter, som till en början tycktes befinna sig på neurotisk nivå men som under behandling kom att uppvisa vad kliniker uppfattade som psykotiskt fungerande, beskrevs under 1900-talets första hälft i den psykiatriska litteraturen ofta som patienter vars svårigheter härrörde från schizofreni och patienterna diagnostiserades därefter (Goldstein, 1983). Dock fanns författare som betraktade borderlinetillståndet som en diskret enhet, som inte kunde kategoriseras under varken neuros- eller psykosbegreppet.

Borderlinebegreppet introducerades 1938 av Adolph Stern i en artikel där han beskrev en svårbehandlad patientgrupp med vad han uppfattade som rigida personligheter karakteriserade av övervägande låg självvärdering och en hypersensitivitet för separation, som tycktes befinna sig i gränslandet mellan neurotiskt fungerande och psykostillstånd (Stern, 1938). Knight (1953) beskrev borderlinetillståndet som manifesterat av symptom förknippade med både psykotiska och neurotiska tillstånd, då de borderlinepatienter han mötte i sin praktik tycktes ha en intakt realitetsprövningsförmåga, som de dock stundtals förlorade. Knight tog inte ställning i frågan om huruvida borderlinetillstånd utgjorde en egen klinisk enhet men konstaterade att schizofrenibegreppet var olämpligt för att beskriva tillståndet, då detta implicerade ett sjukdomsförlopp som sällan kunde observeras hos borderlinepatienterna (Knight, 1952).

Psykoanalytikern Otto Kernberg publicerade 1967 ett kapitel ur sin kommande bok om borderlinetillstånd, där han under begreppet borderline personlighetsorganisation beskrev en

personlighetsstruktur som karaktäriserades av primärprocesstänkande, betydande svårigheter med affektreglering och upprätthållande av stabila relationer, men med intakt förmåga till realitetsprövning och frånvaro av desorganiserade symptom förknippade med psykotiska tillstånd. Till skillnad från hur flera föregångare använt begreppet, beskrev Kernberg en patientgrupp med en stabil men patologisk personlighetsstruktur vilken han identifierade som distinkt från neurotisk och psykotisk nivå, dock samtidigt som en del av samma spektrum (Kernberg, 1967). Den enkla grafiska representationen i figur 1 tydliggör tankegångarna.



Figur 1. Nivåer av personlighetsorganisation enligt Kernbergs teori.

Kernbergs borderlinebegrepp utgör både en beskrivning av funktionsnivå och en överordnad personlighetsdiagnos som med sekundärdiagnoser kan preciseras ytterligare, och konceptet rymmer flera av de personlighetsstörningsdiagnoser som beskrivs i DSM (Goldstein, 1983).

Under 60-talet var borderlinediagnostiken inom den amerikanska psykiatrin av informell karaktär och begreppet användes för att beteckna kliniskt svårdefinierade tillstånd, vilket innebar låg reliabilitet och validitet hos diagnosen (Grinker, Werble & Drye, 1968). I den första empiriska studien av patienter med borderlinediagnos observerades ineliggande psykiatripatienter och forskargruppen kunde med faktoranalys avgränsa borderlinetillståndet och identifiera fyra gemensamma områden som tycktes typiska för dessa patienter: ilska som huvudsaklig affekt, instabil identitet, interpersonella svårigheter och en benägenhet till depression (Grinker et al., 1968).

En enhetlig definition av borderlinebegreppet införlivades i det allmänna psykiatriska språkbruket då den tredje utgåvan av DSM innehöll kriterier för diagnosen BPD. Dessa byggde på en syn av symptombeskrivningar och egenskaper vilka identifierats som särskiljande för patientgruppen: självdestruktiv impulsivitet; instabila relationer; svårkontrollerad ilska; identitetsstörningar; affektiv instabilitet; svårigheter att hantera ensamhet; självskadebeteenden och en kronisk känsla av tomhet (American Psychiatric Association, 1980).

Trots likheter skiljer sig borderlinediagnosen i DSM-III på flera vis från de symptombeskrivningar den bygger på (Goldstein, 1988). En markant skillnad mellan Kernbergs framställning och diagnosen i DSM är borderlinebegreppets status som övergripande beskrivning av funktionsnivå kontra en avgränsad personlighetsstörningsdiagnos bland andra (Kernberg, 1967; Goldstein, 1988).

Från att ha åsyftat en bred och diffus patientgrupp med olika typer av symptom och egenskaper har borderlinebegreppet kommit att specificeras och på empirisk grund avgränsas till en enskild personlighetsstörningsdiagnos som återfinns i internationella diagnossystem. Sedan diagnosen införlivades i DSM har diagnoskriterierna formulerats om och ytterligare två kriterier har tillförts: suicidala beteenden och övergående paranoida eller dissociativa episoder (American Psychiatric Association, 2002). Trots differentialdiagnostiska svårigheter som redogörs för nedan, har validiteten hos begreppet ökat och med detta även möjligheterna att studera vad man i dag betraktar som borderlineproblematik, inte minst med avseende på psykoterapeutisk behandling.

Diagnostik. Personlighetsstörningsdiagnoser ställs i svensk sjukvård vanligen utifrån diagnosmanualerna Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM) eller International Classification of Diseases (ICD), som innehåller riktlinjer och kriterier för diagnostik av psykiatriska tillstånd (Socialstyrelsen, n.d.-a). De aktuella versionerna, DSM-5 och ICD-10, innehåller båda beskrivningar av diagnosen BPD, även om terminologin i manualerna skiljer sig något åt. I ICD-10 återfinns visserligen termen *borderline*, men här som en subtyp till den övergripande diagnosen *emotionellt instabil personlighetsstörning* (ICD, 1994). I DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), som är den vanligaste diagnosmanualen i svensk psykiatri (Socialstyrelsen, n.d.) och i vilken kriterierna i den engelskspråkiga versionen är desamma som i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), beskrivs BPD som “ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet samt instabilitet med avseende på mellanmänskliga relationer, självbild och affekter” (American Psychiatric Association, 2002, s. 219). För diagnos krävs att problematiken förelegat i olika sammanhang sedan tidig vuxenålder och att patienten, utöver generalkriterier för personlighetsstörning, uppfyller fem av de nio diagnoskriterier som återfinns i Bilaga A (American Psychiatric Association, 2013).

Differentialdiagnostik och komorbiditet. I DSM-5 delas personlighetsstörningar in i tre kluster baserade på inbördes likheter: Kluster A, som innefattar udda eller excentriska störningar; kluster B, som innefattar dramatiska, impulsiva och emotionella störningar, samt kluster C, som innefattar räddhågsna och ängsliga störningar (American Psychiatric Association, 2013). Borderline personlighetsstörning (BPD) sorterar under kluster B. Det finns ett betydande överlapp mellan borderline och andra personlighetsstörningar, både med andra kluster B-störningar (Emmelkamp & Kamphuis, 2009) och med osjälvständig-, fobisk-, paranoid- (Lieb et al., 2004) och schizotyp personlighetsstörning (Perseus, 2006). Om symptom som stämmer in på flera personlighetsstörningar föreligger och patienten uppfyller kriterierna för dessa så kan flera diagnoser ställas. Personlighetsförändringar som uppkommit i samband med annat medicinskt tillstånd bör uteslutas, liksom identitetsproblematik som snarare kan förknippas med normala utvecklingsfaser, till exempel under tonåren.

Personer med borderline personlighetsstörning uppfyller ofta kriterierna även för andra psykiatriska diagnoser, exempelvis depression, bipolär sjukdom, ätstörningar, ångeststörningar, missbruk eller post-traumatiskt stressyndrom (Lieb et al., 2004). I en artikel av Zanarini et al. (1998) beskrevs hög grad av komorbiditet mellan BPD och andra diagnoser: med affektiva störningar i 96% av fallen, med ångeststörningar i 88% varav 55% inkluderade post-traumatiskt stressyndrom, med missbruk i 64% och med ätstörningar i 53% av fallen. I samma studie framkom vid jämförelse av patienter med BPD-diagnos och en grupp patienter med andra personlighetsstörningsdiagnoser, att BPD-gruppen hade signifikant högre förekomst av annan psykiatrisk problematik, framför allt ångeststörningar, jämfört med kontrollgruppen. Författarna drar utifrån dessa data slutsatsen att en komplex problematik, både anamnestiskt och vid enstaka vårdkontakt, kan vara en användbar markör för differentialdiagnostik vid BPD (Zanarini et al., 1998).

Epidemiologi. BPD är en av de vanligast förekommande personlighetsstörningarna hos psykiatriska öppen- och slutenvårdspatienter (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2006). Omkring 70% av de som diagnostiseras med BPD är kvinnor, vilket motsvarar könsfördelningen hos de som söker psykiatrisk vård i allmänhet (Lieb et al., 2004). Prevalensen för BPD anges i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) till mellan 1,6% och 5,9% av befolkningen. Den ungefärliga prevalensen för patienter inom primärvården är 6%, i öppen psykiatrisk vård 10%

och i sluten psykiatrisk vård 20% (American Psychiatric Association, 2013). I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering refereras till en svensk studie som utifrån självskattningsdata uppskattade prevalensen för BPD i Sverige till 5,4% (SBU, 2005). Samma rapport kontrasterar dock dessa siffror mot resultaten från en norsk studie som till skillnad från den svenska studien kompletterat självskattningsdata med kliniska intervjuer, där en prevalensnivå om 0,7% rapporterats (SBU, 2005).

Symptomatologi. BPD är ett heterogent konstrukt och symptomen varierar mycket mellan patienter (Hopwood, Donnellan & Zanarini, 2010; Perseus, 2006). Givet att fem av nio diagnoskriterier behöver uppfyllas för diagnos, finns 256 möjliga kombinationer av kriterierna i DSM-systemet, något som tydligt visar symptombildens variation även då endast objektiva kriterier tas i beaktande.

Trots patientgruppens heterogenitet finns gemensamma faktorer som konstaterats statistiskt (Gunderson, 2007). BPD kännetecknas av en genomgående instabilitet på fyra områden vilka utgör grunden för diagnoskriterierna i DSM-5: affektiva, interpersonella, kognitiva och beteendemässiga funktioner (American Psychiatric Association, 2013; Lieb et al., 2004). Personer med borderlineproblematik beskrivs ofta som intensiva och oförutsägbara i sina känslouttryck, med en benägenhet att reagera med stark affekt på händelser och förändringar i tillvaron (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2006; Emmelkamp & Kamphuis, 2009). Bristande impuls kontroll är en del av symptombilden, och innebär svårigheter att inhibera beteenden med potentiellt allvarliga konsekvenser, till exempel missbruk eller självskadebeteenden (American Psychiatric Association, 2013). Ofta beskrivs i litteraturen ett så kallat "svartvitt tänkande" som karaktäristiskt för BPD, med upplevelser av både själv och omgivning som alltigenom goda eller onda vid ett givet tillfälle, och svårigheter att integrera dessa sidor till en mer nyanserad bild (Emmelkamp & Kamphuis, 2009; Lieb et al., 2004). Relationer till andra beskrivs som präglade av stor rädsla för separation och personer med BPD kan anstränga sig hårt för att undvika den smärta som det skulle innebära att bli övergiven (Emmelkamp & Kamphuis, 2009; Lieb et al., 2004). En viktig del av symptombilden vid BPD har att göra med en vacklande självbild, vilket i litteraturen ofta beskrivs som en bristande upplevelse av en stabil och grundläggande identitet (Fuchs, 2007; Svenska Psykiatriska Föreningen, 2006). Individerna kan uppleva en stark inre tomhet och självbilden beskrivs ofta vara baserad på en känsla av att vara dålig eller ond, men

även känslor av att inte existera överhuvudtaget förekommer (American Psychiatric Association, 2013; Lieb et al. 2004).

Hopwood, Donnellan och Zanarini (2010) och Zanarini et al. (2007) menar att det finns behov av att differentiera mellan vad man kallar temperamentella och akuta symptom. Ställningstagandet baseras på en longitudinell studie av Zanarini et al. (2007) som under en tioårsperiod följde symptomutvecklingen hos patienter med BPD och vid det sista mättillfället fann att symptomen avtagit hos flertalet i deltagargruppen, att hälften av dessa symptom avtagit i stor utsträckning och på kort tid relativt övriga symptom. Dessa skillnader i remissionstakt tyder, enligt författarna, på att symptombilden vid BPD innefattar både sådana, akuta, symptom som är att betrakta som tecken på sjukdom och bestående, temperamentella, symptom, vilka snarare utgör extremvarianter av personlighetsdimensioner. I studien tycktes flertalet akuta symptom vara förknippade med impulsivitet, exempelvis självskadebeteenden, eller aktiva men maladaptiva försök att hantera interpersonella svårigheter. De temperamentella symptomen var framförallt förknippade med affektivitet, som kronisk nedstämdhet och ilska, och passiviserande svårigheter av interpersonell karaktär, kopplade till rädsla för att bli övergiven (Zanarini et al., 2007). Författarna diskuterar sina resultat i relation till behandlingsinsatsers utformning och menar att ett ensidigt fokus på att minska förekomsten av akuta symptom riskerar att ske på bekostnad av förbättringar i en temperamentell domän, och med dessa förknippade förbättringar i psykosocial funktion.

Borderline, självbild och interpersonella relationer. Ett av diagnoskriterierna för BPD är “en varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla” (American Psychiatric Association, 2002, s. 219). En av förgrundsgestalterna på forskningsfältet är Marsha M. Linehan, som menar att identitetsproblematik är en följd av att individen anammat invaliderande drag i sin miljö (Linehan, 1993). Som exempel på detta beskriver hon hur ett barn som inte får lov att visa känslor som ilska eller sorg lär sig att det inte går att lita på känslornas giltighet, och till slut kommer att anklaga och bestraffa sig själv som reaktion på sina emotionella upplevelser.

Kvalitativa studier på BPD ger en varierad bild av problematiken, som ibland kontrasterar kliniska beskrivningar. Fallon (2003) intervjuade patienter med BPD och fann, i enlighet med gängse symptombeskrivningar att deltagarna, som hade självskadebeteenden, upplevde starka känslor av hopplöshet, förtvivlan och depression. I en annan kvalitativ studie

rapporterade deltagarna självmordstankar, självskadande beteenden, ångest, dissociativa symptom och interpersonella svårigheter (Araminta, 2000). Miller (1994) undersökte upplevelser hos tio BPD-patienter och jämförde resultaten med kliniska beskrivningar av tillståndet. Deltagarna uttryckte i intervjuer en känsla av sammanhängande själv och Miller menar att berättelserna, i motsats till den kliniska beskrivningen, visar att det finns en kärnidentitet hos dessa patienter. Deltagarna beskrev sig själva och sina upplevelser av den egna identiteten klart, väldefinierat och konsekvent över tid, samtidigt som de gav uttryck för att det, på grund av osäkerhet eller en vilja att vara andra till lags, fanns situationer då de inte kunde vara sig själva fullt ut. Gemensamt för deltagarna var att de upplevde kronisk nedstämdhet snarare än affektiv instabilitet, och att beskrev sig som avskärmade från omvärlden och som otillräckliga i samhällets ögon, samtidigt som de upplevde sig ha en stabil identitet. Miller (1994) beskrev målande det på följande vis: "Rather than having an impaired sense of self, they seemed to have a sense of themselves as impaired" (s. 1216). Deltagarna berättade att de på olika sätt försökte förbättra hur de mådde, till exempel genom att ändra sitt utseende eller anamma olika livsstilar med förhoppning om att det skulle påverka även insidan. Detta, som för utomstående kunde tolka som uttryck för identitetsförvirring, utgjorde i själva verket strategier för att hantera tillvaron. Millers slutsats var att det fanns en tydlig diskrepans mellan patienternas upplevelse av sig själva och hur kliniker beskrivit borderlineproblematiken.

En annan kvalitativ studie som undersökte självbilden hos 12 BPD-patienter och 12 patienter med egentlig depression, fann stöd för självbilda- och relationsstörningar i BPD-gruppen (Dammann et al., 2011). Deltagare ur BPD-gruppen beskrev sig själva som känsliga, hjälpsamma och vänliga jämfört med andra, vilka beskrevs som ovänliga, själviska och onda. I BPD-gruppen rapporterades uteslutande negativa känsloupplevelser; vanligast var rädsla, ilska, förtvivlan och sorg. De deprimerade patienterna gav beskrivningar av sig själva och andra som innehöll både positiva och negativa beskrivningar av egenskaper och känslor. Patienterna i BPD-gruppen hade ofta svårt att beskriva sig själva och många intervjusvar kategoriserades som "betydelselösa fraser"¹. Dammann et al. (2011) menar att BPD-patienternas positiva beskrivningar av sig själva i kontrast till samma grupps genomgående negativa känsloupplevelser tyder på att de hade en negativ bild av känslor snarare än av det egna självet, och denna tolkning överensstämmer med Linehans (1993) tankar om emotionell dysreglering

¹ Författarnas översättning av "phrases with little meaning" (Dammann et al., 2011, s. 524).

som grundläggande vid BPD. Dammann et al. (2011) noterade att deltagare i BPD-gruppen hade svårigheter att ge nyanserade och sammanhängande beskrivningar av sig själva, att deras svar tycktes ytliga i förhållande till kontrollgruppen och att de uppvisade fler försvarsmekanismer i intervjusituationen. Författarna relaterade dessa, som de tolkade som bristfälligt integrerade beskrivningar, till splittingmekanismer, som förhindrade att negativa aspekter av självet framkom i intervjuerna.

I en artikel om narrativ identitet beskriver Fuchs (2007) hur BPD kan innebära en bristande förmåga att skapa en sammanhängande bild av det egna självet, kopplad till svårigheter att integrera upplevelser från olika tidpunkter i livet till en helhet som kan användas för att tolka och skapa mening av nya upplevelser. Enligt Fuchs tenderar individer med BPD att separera verkligheten i olika delar som inte upplevs existera samtidigt. Även Linehan (1993) menar att en del av borderlineproblematiken innebär att tidiga upplevelser inte finns tillgängliga som referensram i tolkningen av nya situationer och att individer med BPD upplever den aktuella situationen som fristående. Som exempel beskriver hon hur någon annans ilska ur borderlinepatientens perspektiv kan upplevas som absolut eftersom det i stunden saknas minnen av andra tillfällen då personen inte varit arg, eller av andra relationer där personer inte varit arga. Den narrativa identiteten innebär en integrering av dåtid, nutid och framtid som skapar ett meningsfullt sammanhang och hjälper individen att förstå sig själv och omgivningen (Fuchs, 2007). För att integreras med en aktuell situation måste tidigare autobiografiska minnen finnas tillgängliga (Linehan, 1993) och dessas otillgänglighet leder till vad Fuchs (2007) anser vara en fragmentering av det narrativa självet, som ligger till grund för de identitetsproblem som är kännetecknande vid BPD.

I Millers (1994) studie beskrev patienterna social interaktion som extremt utmattande eftersom alla, även de som uppfattades som utåtriktade vid intervjuerna, upplevde att de konstant var tvungna att brottas med känslor av att inte räckta till, rädsla för att inte kunna bidra i diskussioner eller för att bli avvisad. Efter att ha deltagit i sociala sammanhang upplevde patienterna det som att all energi tagit slut, "like a bad hangover" (Miller, 1994, s.1217). För att hantera dessa negativa känslor tog deltagarna till olika strategier, exempelvis att försöka begränsa det sociala umgänget till situationer de kände sig säkra i och kunde kontrollera i större utsträckning, såsom i sina yrkesroller. Däremot var de få som använde sig av socialt stöd i olika former, som partners, vänner och familj, på grund av rädsla för avvisande eller att andra skulle

tröttna på att höra om deras bekymmer. Detta, menar Miller, är betydelsefull kunskap då många studier visat att socialt stöd är en av de viktigaste faktorerna för tillfrisknande och symptomreducering.

Etiologi. Historiskt har två huvudsakliga perspektiv på borderlineproblematikens ursprung varit framträdande: ett som betonar de tidiga barndomsupplevelsernas betydelse för individens utveckling och ett som fokuserar mer på konstitutionella faktorer som genetik, temperament och avvikelser i hjärnan (Kernberg & Michels, 2009). Redan i den första artikeln om borderline beskrevs svåra omständigheter i barndomen som gemensamt för många patienter med borderlinesymptom (Stern, 1938), och fortfarande anses uppväxt och familjeförhållanden under barndomen bidra till uppkomsten av BPD (Linehan, 1993). Missförhållanden och traumatiska händelser under uppväxten verkar korrelera med utveckling av borderlineproblematik. Exempelvis presenterar Crowell, Beauchaine & Linehan (2009) resultat som visar att så många som 92% av personer med BPD rapporterar försummelse i barndomen, 40-76% har varit med om sexuella övergrepp och 25-73% har blivit misshandlade som barn. Samtidigt visar en översiktsstudie att 80% av de som varit med om ett trauma i barndomen inte uppfyller kriterierna för någon personlighetsstörning och att korrelationerna mellan sexuella övergrepp och BPD är svaga (Amad, Ramoz, Thomas, Jardri & Gorwood, 2014).

På senare tid har mycket forskning fokuserat på neurobiologiska och genetiska korrelat till BPD (se till exempel, Amad et al., 2014; Buchheim, Roth, Schiepek, Pogarell & Karch, 2013). Kernberg och Michels (2009) beskriver hur både biologiska och psykologiska perspektiv har stöd i klinisk forskning men menar att det återstår att tydliggöra på vilket sätt neurobiologisk disposition hänger samman med den psykologiska utvecklingen. Ett försök att integrera de två perspektiven är stress-sårbarhetsmodellen som söker förklara interaktionen mellan en individuell sårbarhet och miljöbetingade påfrestningar och som förekommer i varianter i olika teorier (Kernberg & Michels, 2009; Emmelkamp & Kamphuis, 2009; Linehan, 1993). Det finns skäl att anta att ursprunget till BPD, precis som mycket annan psykopatologi, innehåller element av både arv och miljö (Kernberg & Michels, 2009). De flesta aktuella teorier för psykopatologi är baserade på idén om interaktion där individuella drag samspelar med faktorer i omgivningen (Linehan, 1993). Linehan menar dock att ett sådant synsätt inte är tillräckligt och föreslår istället en transaktionell modell som innebär en ömsesidig påverkan mellan individ och miljö, en

reciprok determinism. Individens påverkas visserligen av miljön men miljön står samtidigt under påverkan av individen, och de båda kan inte egentligen betraktas som separata (Linehan, 1993).

Det finns således flera förklaringsmodeller till uppkomsten av BPD, såväl biologiska som sociala och psykologiska. Nedan presenteras kortfattat de grundläggande tankarna bakom några av de teorier som är vanligast förekommande i litteraturen, med särskilt fokus på Linehans biosociala teori som är grunden till utvecklingen av DBT.

Psykodynamiska förklaringsmodeller. Som tidigare beskrivits var borderlinebegreppet ursprungligen intimt förknippat med psykoanalytisk/-dynamisk teori och behandling, varför litteraturen om borderlineproblematik ur detta perspektiv är omfattande. Psykodynamiska förklaringsmodeller beskriver ofta hur brister i relationen mellan barn och omsorgsgivare kan leda till att barnet inte lyckas utveckla en stabil identitet, brister som bland andra Stern (1938) och Kernberg (1975/1983) identifierat som centrala vid borderlinetillstånd. Utgångspunkten för dessa tankegångar är de psykoanalytiska utvecklingsteorier som kommit att kallas objektrelationsteorier, vilka fokuserar på individens tidiga känslomässiga och relationella utveckling i samspelet med sina nära omsorgsgivare, objekten (Sigrell, 2000). I relationerna till objekten grundläggs och formas både medvetna och omedvetna föreställningar, representationer, om sig själv och om andra, vilka antas påverka hur man även senare i livet ser på sig själv och andra människor (Sigrell, 2000; St. Clair, 2000). I objektrelationsteorier beskrivs hur barnets tidiga liv präglas av en utvecklingsmässig oförmåga att samtidigt uppfatta både goda och onda sidor hos objekten, varför det i sitt inre håller dem isär: barnet upplever en "god moder" (som ger mat och trygghet) och en "ond moder" (som inte omedelbart stillar barnets hunger) och barnet förmår inte heller uppfatta någon gräns gentemot världen utanför sig själv, med vilket följer en upplevelse av att vara än allsmäktig, än hjälplös (Igra, 1983; Sigrell, 2000; St. Clair, 2000). Under goda förutsättningar, då det lilla barnets omsorgsgivare i tillräcklig utsträckning funnits tillgängliga både kroppsligen och känslomässigt, utvecklar barnet förmågan att integrera olika sidor av både själv- och objektrepresentationerna (Igra, 1983) och att upprätta adekvata gränser mellan sig själv och sin omvärld (St. Clair, 2000).

Kernbergs arbeten (1975/1983) bygger vidare på objektrelationsteoretiska beskrivningar av personlighetsutvecklingen och i sin beskrivning av borderlineproblematikens ursprung poängterar han en bristande förmåga att integrera själv- och objektrepresentationer, som härrör

från upplevelser av barndomstrauma och som ligger till grund för dessa patienters svårigheter. En intakt förmåga till upprätthållandet av gränser mellan själv och omvärld är enligt Kernberg särskiljande vid en jämförelse av personligheter på borderline- respektive psykotisk nivå (1975/1983).

En vidareutveckling av objektrelationsteorierna är den så kallade anknytningsteorin (Bowlby, 1982), som tilltalat anhängare av skolbildningar också utanför den psykodynamiska traditionen och som med tiden givits ett brett empiriskt underlag (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2007). Anknytningsteorin fokuserar på att beskriva hur de faktiska erfarenheterna av en primär omsorgsgivares agerande under de tidiga levnadsåren grundlägger så kallade inre arbetsmodeller, som kommer att påverka vilka förväntningar man i framtiden har på andras agerande i nära relationer och som påverkar det egna beteendet (Broberg et al., 2007).

Fonagy och Bateman (2007) beskriver mentalisering som förmågan att förstå sig själv och andra genom medvetenhet om subjektiva tillstånd och mentala processer; att inse att andra har tankar och känslor som skiljer sig från de egna och utifrån denna förståelse kunna tolka och skapa mening av andras beteenden. Förmågan till mentalisering är, menar Fonagy och Bateman (2007), ett stort framsteg i barnets utveckling och avhängigt föräldrarnas förmåga att spegla barnets känslouttryck med syfte att reglera svårhanterliga emotioner (Fonagy, Target, Gergely, Allen och Bateman, 2003). Enligt Fonagy et al. (2003) kan BPD betraktas som ett tillstånd som karaktäriseras av mentaliseringssvårigheter i emotionellt laddade situationer, och författarna liknar dessa svårigheter vid ett nedsatt mentalt immunförsvar som gör individen särskilt sårbar för påfrestningar.

Biologiska och genetiska faktorer. Forskning som fokuserat på genetik och ärftlighet för BPD och borderlinedrag har inte givit entydiga resultat, något som Crowell et al. (2009) menar delvis beror på metodologiska skillnader mellan studier, men även på grund av att BPD är en heterogen fenotyp.

Amad et al. (2014) beskriver hur hypotesen kring en genetisk komponent i BPD utvecklades efter att studier visat en ökad förekomst av diagnosen bland nära släktingar till personer med BPD. I en översiktsartikel presenterade författarna resultat från familjestudier, tvillingstudier, korrelationsstudier och studier på gen-miljöinteraktion. Familjestudierna visade att det fanns en varierande grad av förhöjd risk för släktingar till personer med BPD att också

uppfylla diagnosen, vilket tyder på familjefaktorer som bidragande för uppkomsten av borderlineproblematik. Tvillingstudierna som presenterades uppskattade skillnader i variation av borderlinedrag mellan monozygota och dizygota tvillingar framförallt med hjälp av kliniska strukturerade intervjuer eller självskattningar, och visade att heritabiliteten för BPD är omkring 40%. En studie i översiktsartikeln använde både intervjuer och självskattningar och fann så hög heritabilitet som 67%. I samma artikel presenteras en studie där man fann hög heritabilitet för alla nio diagnoskriterier för BPD medan miljöfaktorer endast sågs påverka affektiva och interpersonella funktionsområden. Andra studier visade genetiska kopplingar mellan borderlinedrag och personlighetsprofiler med hög neuroticism, låg conscientiousness och låg agreeableness på femfaktormodellen för personlighet.

Buchheim et al. (2013) sammanställde i en översiktsartikel aktuella resultat från hjärnabbildningsstudier som undersökt försökspersoner med personlighetsstörningsdiagnoser. Jämfört med kontrollgrupper utan diagnos konstaterades mindre volym i frontolimbiska strukturer hos försökspersoner med BPD-diagnos. Resultaten från två olika metastudier visade att BPD generellt är förknippat med minskad hippocampal och amygdal volym. Hippocampus är en av de strukturer som setts kopplade till impuls kontroll och inhibering av aggressiva beteenden, och hos BPD-patienter har därför minskad hippocampal volym föreslagits vara en faktor förknippad med ökad benägenhet till aggressiva beteenden. I frontala strukturer har man hos försökspersoner med BPD sett minskad volym i grå substans och särskild uppmärksamhet ges orbitofrontalcortex, en struktur som är involverad i bland annat medveten bearbetning av emotionella stimuli, kontroll över emotionella uttryck, konsekvensanalys av sociala beteenden och emotionellt perspektivtagande, och som sätts i samband med flera symptom förknippade med BPD (Buchheim et al., 2013).

Biosocial teori. Den biosociala modellen söker förklara uppkomsten av BPD och postulerar att det i grunden är bristande emotionsreglering som orsakar de svårigheter som förknippas med BPD (Linehan, 1993). Denna dysfunktion ses som ett resultat av flera olika faktorer, med hänsyn tagen till såväl biologisk och miljöbetingad påverkan som interaktioner och transaktioner dessa faktorer emellan, och innebär en hypersensitivitet för emotionella stimuli kombinerad med en oförmåga att reglera starka känslor då de väcks (Linehan, 1993/2000). En bidragande faktor till problematiken är att det tar lång tid för individen att återgå till emotionellt

normalläge efter en stark reaktion (Crowell et al., 2009).

Linehans (1993) biosociala teori utgår ifrån den transaktionella modell vars grundtanke kort beskrivits ovan. Både individens sensitivitet och faktorer i omgivningen är viktiga inslag i denna modell, och skillnaden mot en interaktionsmodell är att det antas finnas en ömsesidig påverkan som förbises i enklare stress-sårbarhetsmodeller (Linehan, 1993). Linehan beskriver detta som att: "people in a particular environment may act in a manner that is stressful to an individual in it only because the environment itself was exposed to the stress that this individual placed on it" (Linehan, 1993, s. 40). Ett konkret exempel på detta är hur ett barn som från början är mycket känsligt kräver mycket av föräldrarna i form av uppmärksamhet och anpassning, och ur Linehans (1993) perspektiv är barnets miljö redan ansträngd av stressen som detta innebär och får än svårare att möta barnets behov, vilket i sin tur kan leda till att föräldrarna invaliderar eller fördömer barnet. Det kan alltså vara så att miljön är predisponerad att svara dysfunktionellt på barnets känsliga natur, men möjligheten finns också att detta inte alls skulle komma till uttryck om miljön inte utsatts för de påfrestningar barnets behov utgör (Linehan, 1993).

En nyckelkomponent i den biosociala teorin är en invaliderande miljö, som kännetecknas av ett konsekvent ogiltigförklarande av barnets tankar, känslor och beteenden, framförallt av känslouttryck som inte nödvändigtvis har en för andra tydligt observerbar yttre orsak (Linehan, 1993). En sådan miljö ökar behovet av starka emotionella uttryck, men signalerar samtidigt till barnet att detta inte accepteras och att inget stöd finns att få av de vuxna i hanteringen av starka känslor. Barnet får således lära sig att det på egen hand måste ta hand om sina känslomässiga reaktioner utan att besvära omgivningen (Linehan, 1993). Linehan menar att följderna av att växa upp i en sådan miljö bland annat blir att barnet inte utvecklar förmåga att känna igen, benämna, reglera och tolerera starka emotionella reaktioner utan istället pendlar mellan känslomässig hämning och känslomässigt utagerande. Efter perioder av upprepade starka känsloupplevelser utan adekvata strategier för att hantera dem blir den dysfunktionella emotionsregleringen ett varaktigt drag personligheten, det vill säga en del av borderlinepatologin (Linehan, 1993). Upplevelser av invalidering integreras i individen som i vuxen ålder fortsätter att invalidera sig själv, och på så vis medverkar en invaliderande miljö till både uppkomst och vidmakthållande av BPD (Linehan, 1993).

Crowell et al. (2009) har vidareutvecklat den biosociala teorin utifrån forskningsfynd av bland annat neurobiologiska funktioner som tycks relaterade till impulskontrollsvårigheter vid

borderlineproblematik, och kompletterar bilden med en beskrivning av impulsivitet och instabilitet som förstärkta av dysfunktionella familjesystem. Linehan (1993) har identifierat tre familjetyper som ökar risken för BPD: den desorganiserade familjen där barnet försummas eller misshandlas; den perfekta familjen där det inte är tillåtet att uttrycka negativa känslor samt den normala familjen, där borderlineproblematik är ovanligare än i de två föregående, och som kännetecknas av en bristande matchning mellan barn och föräldrar. Linehan (1993) poängterar att en transaktionell modell inte innebär att påverkan alltid är lika stor från båda håll, då det exempelvis kan finnas starka genetiska faktorer som får genomslag även i en mycket stödjande och salutogen miljö. Hon menar vidare att det finns scenarion där individens medfödda känslighet inte är stor men där traumatiska barndomsupplevelser eller en mycket påfrestande tillvaro kan skapa stora svårigheter med emotionsreglering, vilket i sin tur skapar ytterligare påfrestningar i samspelet med omgivningen. Misshandel och övergrepp i barndomen utgör per definition en invaliderande miljö och utgör därför en riskfaktor för BPD, även om sambandet inte är helt klarlagt (Crowell et al., 2009). En sårbar individ kan dock utvecklas optimalt om miljön är tillräckligt stödjande och resursstark för att kunna hantera barnets svårigheter (Linehan, 1993).

Övriga modeller. Zanarini och Frankenburgs (1997) teori är en utveckling av Linehans biosociala teori med tillägget att en, eller en serie av, utlösande händelser triggar i gång tidigare påfrestningar och väcker borderlinesymptomen till liv. Alla tre faktorer är nödvändiga, men inte nödvändigtvis tillräckliga, för att BPD ska utvecklas hos en viss individ. Den utlösande händelsen beskrivs som en bro mellan konstitutionella och miljömässiga faktorer och skillnaden mellan ett fullt utvecklat borderlinetillstånd och en mildare variant av samma uppsättning symptom, vilket beskrivs som att ha borderlinedrag. Ofta saknar personer i den senare gruppen den impulsivitet som kännetecknar den förra men med samma mönster av affektiva, kognitiva och interpersonella symptom, om än i mindre omfattning och intensitet (Zanarini & Frankenburg, 1997). Händelser som triggar utvecklingen av BPD kan vara normativa; som att flytta hemifrån eller att gå in i en nära relation, eller traumatiska; som att vara med om en olycka eller bli utsatt för övergrepp.

Schemateori är ytterligare en förklaringsmodell för uppkomsten av BPD utvecklad av Young, Klosko och Weishaar (2003), som menar att maladaptiva tankescheman utvecklade i

barndomen ligger bakom patologin vid BPD, då de styr hur individen bearbetar och tolkar information. Individen har flera uppsättningar tankescheman, som kan ses som tillstånd eller aspekter av det egna jaget (Young et al., 2003; Kellogg & Young, 2006). Författarna menar att det krävs vissa omständigheter för att trigga de scheman som ligger till grund för borderlineproblematiken och att olika scheman aktiveras vid olika tillfällen. De menar vidare att det BPD karaktäriseras av snabba svängningar mellan scheman som respons på händelser och subjektiva upplevelser, något som leder till instabilitet i den egna självbilden. Teorin skiljer mellan tio scheman varav fem är kännetecknande för BPD: 1) det övergivna/misshandlade barnet, 2) det arga och impulsiva barnet, 3) det avskärmade/skyddande tillståndet, 4) den bestraffande föräldern och 5) den sunda vuxna (Kellogg & Young, 2006). Det sista schemat behöver ofta utvecklas hos personer med BPD, vilket är målet med schematerapi. Detta uppnås genom att terapeuten förmedlar denna hållning och efterhand internaliserar patienten ett sundare schema än de som tidigare dominerat (Kellogg & Young, 2006).

I föregående avsnitt har symptombilden vid BPD och olika teoretiska perspektiv på tillståndets utveckling beskrivits. Det råder ringa tvivel kring borderlinesymptomens negativa effekter på flera viktiga och med varandra förknippade områden i individens liv: självbild, relationer och emotionsreglering. Det är rimligt att anta att svårigheterna på olika områden påverkar och förstärker varandra, och att detta samtidigt innebär att en ökad förmåga på ett område kan få positiva effekter också på andra områden. I nästkommande avsnitt kommer självbildsbegreppet att utvecklas och förankras i en teori för hur självbilden formas och upprätthålls i samspelet med andra.

Självverifieringsteori

Det förekommer otaliga begrepp innehållande prefixet själv- i litteraturen (se till exempel Baumeister, 1999). Fortsättningsvis används Swanns (1981) definition av termen självbild vilken innefattar de föreställningar och känslor om självet som formats utifrån tidigare erfarenheter, framförallt i interaktion med andra. Definitionen inkluderar även begreppen självkoncept och självkänsla, vilka av Baumeister (1999) beskrivs som tankar om självet respektive värdering av självet. För Baumeister (1999) innefattar begreppet självkoncept egenskaper och värderingar, episodiska och semantiska minnen. Självkonceptet utgör således inte självet utan är snarare en samlad uppfattning om dess olika delar (Baumeister, 1998). Aspekter av självkonceptet påverkar även hur andra uppfattas, genom att de delar av självet som individen lägger vikt vid i större grad

uppmärksammas hos andra (Baumeister, 1998). Ett exempel skulle kunna vara att en individ som upplever sig själv som svag, är känsligare för social information som kan kategoriseras i termer av styrka eller svaghet.

En ansats för att förklara hur självbilden förstärks och vidmakthålls i relationer till andra är självverifieringsteori². Teorin, som bygger på symbolisk interaktionism, postulerar att självbilden är utgångspunkt för förutsägelser om andras beteenden och guidar egna beteenden. Självverifieringsteorin utvecklades av William B. Swann som sedan tidigt 80-tal i en mängd studier prövat teorin empiriskt under både experimentella och naturalistiska betingelser (Swann, 1988; 2007; 2012). Ett grundantagande i teorin är att självbilden växer fram ur erfarenheter av det sociala samspelet och kommer att stabiliseras hos individen i takt med att medvetenheten om andras bedömningar växer (Swann & Bosson, 1998). Väl stabiliserad, skapar självbilden en känsla av kontinuitet och sammanhang som ger förutsättningar för att i någon mån kunna förutsäga både eget och andras agerande, och ger upphov till en känsla av kontroll i tillvaron (Swann & Bosson, 1998). Den upplevelse av sammanhang som en stabil självbild ger, utgör stark motivation för dess upprätthållande även i de fall självbilden är negativ, och individen söker kontinuerligt verifiera sin självbild i relationer till andra (North & Swann, 2009). Behovet av att spegla den egna självbilden i andras bild av självet, styr interaktionsmönster i termer om vem man interagerar med och hur man gör det (North & Swann, 2009).

I en serie laboratoriestudier av Swann och Read (1981a; 1981b), som ligger till grund för självverifieringsteorin, var deltagare mer benägna att söka och uppmärksamma information från andra som bekräftade deras självbild och betraktade i högre utsträckning sådan information som värdefull. Liknande resultat har senare rapporterats av bland andra Stinson et al. (2010), som fokuserade på deltagares bedömningar av situationers relationella värde respektive överensstämmelse med deltagarnas självbild. Deltagarna i Swanns och Reads studier (1981a; 1981b) var benägna att locka fram bekräftande beteenden från en annan deltagare, särskilt då de informerats om att partners bedömning var inkongruent med den egna självbilden, och de visade sig också i högre utsträckning minnas information som var kongruent med självbilden. Senare har man sett att blockering av sådana beteenden som i stunden syftar till att påverka en samtalspartners inkongruenta uppfattning, kan ge upphov till fördröjda kompensatoriska beteenden i form av intensivare försök att påverka följande interaktioner (Brooks, Swann &

² Författarnas översättning av begreppet *self-verification theory* (Swann & Read, 1981a).

Mehta, 2011). Såväl tidiga resultat som de från senare studier (se till exempel North & Swann, 2009) har tolkats som att information som är inkongruent med självbilden utgör ett avbrott i upplevelsen av kontinuitet och förutsägbarhet, upplevs otrygg och ger upphov till ångest som med olika medel behöver stävjas. Det kan således betraktas som adaptivt att söka självverifiering i situationer då det förekommer inkonsekvent information om det minskar risken för obehag (Stinson et al., 2010). Olika former av kognitiva bias som de beskrivna ovan är involverade i detta arbete, liksom kompensatoriska beteenden som syftar till att locka fram en kongruent bedömning från omgivningen (som att uppträda extra otrevligt för att andra ska betrakta en negativt). Oförutsägbara beteenden ger oförutsägbara responser från omgivningen vilket leder till ytterligare destabilisering av självbild och identitet (Jørgensen, 2010). Människor söker således självverifiering både i sitt inre och i interaktion med sin omvärld, exempelvis genom att föredra relationer där självbilden bekräftas och att dra sig tillbaka i eller lämna relationer där sådan bekräftelse uteblir (Swann, 1988; 1994; 2012). Strävan efter självverifiering kan då en positiv självbild verifieras betraktas som självstärkande³, men processen kan också innebära att destruktiva relationer upprättas och bibehålls som medel för att verifiera en starkt negativ självbild (Swann, 2012).

I en metaanalys av sex egna studier beskriver Stinson et al. (2010) hur oundviklig och över tid frekvent upprepad, med självbilden inkongruent information skulle kunna leda till förändringar i självbilden. Stinson et al. (2010) fann att deltagare med låg självkänsla vars partners såg dem mycket positivt dagligen fick feedback som var inkongruent med självkänsla. Detta skulle, enligt författarna, innebära att deltagarna fick frekventa signaler om diskrepans, något som över tid antas leda till att individen får allt svårare att hålla fast vid en negativ bild av sig själv. Stinson et al. (2010) beskriver att dessa individer efterhand skulle behöva modifiera självbilden så att den bättre matchar partners positiva värderingar av dem, och därigenom utveckla en bättre självkänsla och en mer positiv självbild. Självverifieringsprocessens interaktiva natur innebär att samtidigt som individen påverkar omvärldens uppfattningar om henne, påverkar omvärlden hur individen uppfattar sig själv, i en process kallad identitetsförhandling⁴ (Swann, 2005; Swann & Bosson, 2008). Upprätthållande av en stabil självbild är med andra ord avhängigt såväl individens tankevärld och beteenden som omvärldens

³ Författarnas översättning av begreppet *self-enhancement* (bl.a. Swann, 2012).

⁴ Författarnas översättning av begreppet *identity negotiation* (bl.a. Swann & Bosson, 2008).

benägenhet att bekräfta eller avfärda individens uppfattning om sig själv, vilket också innebär möjligheter till förändring. Forskning på processer involverade i självverifiering (se till exempel Swann & Read, 1981a; 1981b; Stinson et al., 2010) antyder att det krävs stora ansträngningar för att åstadkomma förändring i en väl cementerad negativ självbild. Psykoterapi är en omständighet under vilken sådant förändringsarbete sker.

Behandling vid BPD

Nedan presenteras aspekter av psykoterapi som visat sig verksamma i olika behandlingsmetoder, med särskilt fokus på terapeutisk allians och det validerande förhållningssätt som setts förknippat med förbättrad självbild hos BPD-patienter (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006; Bedics, Atkins, Comtois & Linehan, 2012; Roepke et al., 2011). Sedan presenteras mer utförligt behandlingsformer som har utvecklats för BPD, med särskilt fokus på dialektisk beteendeterapi (DBT), en terapimetod som sedan 1990-talets början har fått stor internationell uppmärksamhet av både kliniker och forskare (Rizvi et al., 2013).

Allians och validering viktiga faktorer vid behandling av BPD. Något som i psykoterapiforskningen ägnats särskild uppmärksamhet är det som kommit att kallas för den terapeutiska alliansen, en aspekt av relationen mellan terapeut och patient vilken Bordin (1979) identifierade som en av de viktigaste verksamma faktorerna i psykoterapi, oavsett inriktning. I Bordins (1979) definition har begreppet tre komponenter: 1) överenskommelse om målsättningar; 2) överenskommelse om metoder för att nå målet, och 3) grad av känslomässig förbindelse mellan terapeut och patient. De tre komponenterna är förbundna med och påverkar varandra, vilket innebär att överenskommelser om målsättning och metoder kan påverka graden av känslomässigt engagemang, och beroendeförhållandet mellan dessa komponenter utgör alliansens roll i verksamma psykoterapier; att lita på terapeuten blir till del detsamma som att lita på att metoden kan föra mot målet, och omvänt (Brodin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993). Vidare har patientens förväntningar på terapins effekter och terapeutens förmåga att ställa dessa förväntningar i relation till de effekter som är troliga, på både kort och lång sikt, betraktats som viktiga aspekter i alliansens etablering (Horvath & Luborsky, 1993). En god terapeutisk allians har associerats med positiva behandlingsutfall (Blatt & Zuroff, 2005) och konstruktet har i flera metaanalyser visat sig vara en förhållandevis viktig variabel i behandlingsutfall; alliansen står för

omkring sju procent av förklarad varians, en större andel än specifika tekniker, strikt förhållande till behandlingsmanualer eller formell kompetens (Horvath & Symonds, 1991; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012).

De interpersonella svårigheter som utgör en betydande del av symptom bilden vid BPD ställer höga krav på terapeuter som arbetar med patientgruppen, inte minst vad gäller förmågan att etablera och upprätthålla en terapeutisk allians och att vara uppmärksam på och aktivt försöka reparera alliansbrott (Richardson-Vejlgaard, Broudy, Brodsky, Fertuck & Stanley, 2013). Även om patientens interpersonella fungerande och benägenhet att engagera sig i terapiprocessen antagits vara viktiga faktorer i hur alliansen etableras och utvecklas (Luborsky & Horvath, 1993; Blatt & Zuroff, 2005), har resultat från flera studier också antytt att alliansens kvalitet i första hand vilar på terapeutens benägenhet att under tidiga sessioner svara an på patientens problembeskrivning och förmedla intresse och värme (Elkin et al., 2013), att inte agera i enlighet med patientens negativa förväntningar, att försöka sammankoppla kognitiva och affektiva aspekter (McCarthy, Mergenthaler & Grenyer, 2014) och att under senare sessioner kommunicera sitt perspektiv på hur relationen utvecklas (Luborsky & Horvath, 1993; Safran, Muran & Samstag, 1994). Terapeutens förmåga att under inledande sessioner etablera en god allians har också visat sig utgöra en viktig faktor för att förhindra tidiga avbrott (Elkin et al., 2013).

De behandlingsmetoder som utvecklats specifikt för BPD och som presenteras under behandlingsrubriken nedan har det gemensamt att de alla, om än med olika teoretiska motiv och tillvägagångssätt, riktar särskild uppmärksamhet mot förhållandet mellan patient och behandlare (Richardson-Vejlgaard et al., 2013). Turner (2000) undersökte bland annat alliansens betydelse för symptom lindring i en RCT-studie som jämförde DBT och klientcentrerad terapi (CCT) vid BPD och fann att, även om DBT-betingelsen var associerad med fler förbättringar på specifika utfallsmått, så svarade patienters skattningar av alliansen för en lika stor del av förklarad varians som skillnader mellan terapiformerna.

Tillgången till kvalitativa data som beskriver patienters upplevelser av behandlingar för BPD är begränsad (Katsakou et al., 2012). I en studie undersöktes upplevelser hos 48 deltagare som behandlats i DBT eller MBT (Katsakou et al., 2012). Författarna fann i sin analys att patienterna till stor del upplevde symptom lindring kopplade till behandlingsmål, men även att flera deltagare upplevde en del av de egna målen som förbisedda av behandlare som prioriterade

specifika och på förhand bestämda teman. Dessa deltagare hade inte upplevt sig ha möjlighet att ta upp annat som de själva ansåg viktigt. I diskussionen ställer Katsakou et al. (2012) sina resultat i relation till behandlares möjligheter att uppmärksamma och fokusera på deltagares individuella målsättningar med behandling, och föreslår att en av förklaringarna till avhopp eller begränsade behandlingsframgångar kan vara en brist på samsyn mellan terapeut och patient i förhållande till behandlingsmål, eller att den enskilda patientens idiosynkratiska målsättningar helt förbises.

Gunderson (2007) har beskrivit BPD som ett resultat av en begränsad förmåga till mentalisering i kombination med en hypersensitivitet för negativa omdömen och avvisanden vilket medför kraftigare reaktioner på negativa upplevelser jämfört med normalpopulationen, något som också bör vara vägledande för förhållningssättet i terapeutiskt arbete. Gunderson och Links (refererat i Kraus & Reynolds, 2001) har poängterat vikten av att samarbeta med BPD-patienter och att förhålla sig empatiskt validerande och att bekräfta känslors rimlighet i förhållande till traumatiska upplevelser, ett förhållningssätt som har flera beröringspunkter med hur en god allians etableras med psykoterapipatienter i allmänhet och som återkommande beskrivs som en central aspekt i psykoterapi vid BPD (Kraus & Reynolds, 2001; Hadjiosif, 2013; Steffen, 2013). Den terapeutiska alliansen har särskilt betonats i DBT och ett validerande förhållningssätt betraktas som en kärnkomponent i behandlingsmetoden (Linehan, 1993; Lynch et al., 2006). Terapeutens spegling och aktiva förmedlande av att patientens beteenden, tankar och känslor är giltiga, antas i DBT utgöra en motvikt som balanserar behandlingens krav på förändring, ett modellbeteende som ökar patientens förmåga att förhålla sig validerande till både sig själv och andra, vilket föreslagits leda till positiva förändringar i patientens självbild (Linehan, 1993; Hadjiosif, 2013), något som också belagts empiriskt med både kvantitativa (Bedics et al., 2012) och kvalitativa data (Cunningham, Wolbert & Lillie, 2004).

Psykoterapiformer utvecklade för BPD. Personlighetsstörningar anses generellt vara svårbehandlade men de senaste årens framsteg inom behandlingsforskning, framförallt för behandling vid BPD, som ansetts vara en av de svårare patientgrupperna att hantera inom vården, ger goda anledningar att hoppas på en positiv förändring i både klinikers och patienters inställning till de möjligheter som psykoterapi erbjuder (Dixon-Gordon et al., 2011). Psykoterapi presenteras som det mest effektiva behandlingsalternativet vid BPD, bland annat eftersom

medicinering endast har en begränsad symptomreducerande funktion vid detta tillstånd (Zanarini, 2009). Även i en behandlingsreview från Cochraneinstitutet dras slutsatsen att psykoterapi har en stor roll att spela i behandling av personer med BPD (Stoffers, Völlm, Rücker, Timmer, Huband & Lieb, 2012).

Zanarini (2009) har i en översiktsartikel utvärderat de fyra behandlingsformer för BPD som är noggrannt testade i RCT-studier och har visat sig vara effektiva vid borderline personlighetsstörning: Mentaliseringsbaserad terapi (MBT), *transference-focused psychotherapy* (TFP), schemafokuserad terapi (SFT) och DBT.

MBT utvecklades av Bateman och Fonagy, utifrån tanken att kärnproblematiken i BPD är bristande mentaliseringsförmåga som följd av anknytningsproblem i barndomen, och syftar således till att öka förmågan att förstå hur egna och andras tankar och känslor påverkar handlingar (Zanarini, 2009). Dixon-Gordon et al. (2011) samt Zanarini (2009) beskriver att en studie av Bateman och Fonagy visat att MBT gav signifikant minskning av suicidförsök, minskad psykofarmakaanvändning, bättre psykosocialt fungerande samt ökad sysselsättningsgrad bland delvis ineliggande deltagare jämfört med TAU, både vid terapiavslut och uppföljning 18 månader respektive fem år efter avslut. Bateman och Fonagy har även gjort studier bland öppenvårdspatienter och Zanarini (2009) menar att resultaten antyder att det finns stöd för att terapiformen har bättre effekt än TAU men att båda behandlingarna verkar fungera vid BPD.

TFP utvecklades av Kernberg och bygger på tanken att svårigheterna vid borderlinetillstånd kommer av en oförmåga att integrera positiva och negativa objekt till en mer nyanserad helhet (Zanarini, 2009). Som namnet låter förstå är terapin fokuserad på överföringsmekanismer i den terapeutiska relationen vilken fungerar som informationskälla i arbetet med att minska BPD-symptomatologin, genom att förändra representationer av själv och andra här-och-nu i terapin (Zanarini, 2009), genom förtydliganden, konfrontation och överföringstolkningar (Dixon-Gordon et al., 2011). I Zanarinis (2009) översiktsartikel beskrivs en studie av Clarkin, Levy och Lenzenweger som jämförde TFP, DBT och psykodynamiskt inriktad stödjande behandling vid BPD över tre år. Samtliga betingelser gav signifikanta förbättringar avseende depression, ångest och socialt fungerande, men endast TFP var relaterat till förbättringar i irritabilitet och verbala angrepp samt psykodynamiskt relevanta aspekter såsom tryggare anknytning och ökad förmåga till reflektion. Dixon-Gordon et al. (2011)

beskriver ytterligare en studie där 104 patienter antingen fick TFP eller behandling av erfarna kliniker, i vilken TFP-gruppen uppvisade markant förändring avseende BPD-symptom, psykosocialt fungerande, suicidförsök, inläggningar och avbrutna terapier.

SFT som utvecklats av Young (2003) syftar till att förändra maladaptiva kognitiva scheman och enligt två studier som presenteras av Dixon-Gordon et al., (2011) gav terapiformen signifikant större förändringar i BPD-symptom jämfört med TAU respektive TFP. I den första studien uppfyllde 94% i SFT-gruppen inte längre diagnoskriterierna efter behandling, jämfört med 16% i TAU-gruppen. I den andra studien sågs färre avhopp och bättre livskvalitet i STF-gruppen jämfört med TFP.

Zanarini (2009) fann i en metastudie av dessa fyra evidensbaserade terapiformer att samtliga reducerar BPD-symptom, framförallt självskadebeteenden. Däremot har DBT studerats i störst omfattning, och används mest i kliniska behandlingssammanhang (Dixon-Gordon et al., 2011). Denna terapiform kommer att beskrivas mer utförligt nedan med fokus på dess utformning, forskningsstöd och föreslagna förändringsmekanismer, samt dess koppling till självbild och relationer hos personer med BPD.

Dialektisk beteendeterapi. Anna Kåver (2006) beskriver den kognitiva beteendeterapins (KBT) utveckling under det senaste seklet i tre faser. Den första utvecklingsfasen med början under 1920-talet fokuserade främst på beteendekomponenten och inlärningsteori, och den andra fasen, som tog fart under 1970-talet, satte istället tankar och föreställningar i centrum (Kåver, 2006). Sedan 1980-talet har dessa två inriktningar kommit att integreras till kognitiv beteendeterapi och fått en allt starkare ställning inom både psykoterapeutisk utbildning och praktik i Sverige (Kåver, 2006). En tredje utvecklingsfas har sedan 1990-talet integrerat KBT med inslag från österländsk filosofi, lingvistik, existentialism, acceptans och dialektik, med den gemensamma utgångspunkten att psykopatologi kommer av att individen kämpar för att undvika obehagliga tankar, känslor och upplevelser (Kåver, 2006). Ur detta perspektiv handlar problemet om överdriven kontroll och en idé om att patienter behöver lära sig att kunna kontrollera och samtidigt släppa kontrollen samt att vara i nuet och stå ut med obehag utan att reagera med dysfunktionella beteenden (Kåver, 2006).

En stor variation av beprövade strategier används för att åstadkomma ett sådant förhållningssätt i DBT, även om en teoretisk utvidgning och modifiering av de tidigare kognitiva

och beteendeterapeutiska grunderna varit nödvändig då dessa inte utvecklats primärt för att behandla personlighetsstörningar (Linehan, 1993; Nilsson, 2000). Det läggs framförallt tonvikt på fyra aspekter: att acceptera och validera beteenden i stunden, att hantera terapistörande beteenden hos både patient och terapeut, betydelsen av relationen mellan patient och terapeut samt vikten av dialektiska processer (Linehan 1993/2000).

DBT introducerades 1991 då en studie av Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon och Heard, kunde visa att ett års behandling signifikant minskade självskadebeteenden jämfört med en kontrollgrupp (refererat i Linehan, 1993/2000). Sedan 1998 har terapiformen bedrivits i Sverige, med början som en studie vid Karolinska Institutet (Socialstyrelsen, n.d.-b). Terapiformen har två övergripande syften med utgångspunkt i den biosociala teorin: att lära patienten reglera starka känslor och att reducera maladaptiva beteenden, samt att kunna validera sina egna tankar, känslor och handlingar (Linehan, 1993). Utifrån ett erkännande av dessa förutsättningar integrerade Linehan (1993) i behandlingsmetoden konventionella kognitiva och beteendeterapeutiska aspekter med zenbuddhistiska tankar om acceptans och mindfulness. Rizvi et al. (2012) menar att denna integrering av biologiska, beteendemässiga, sociala och miljömässiga samt spirituella aspekter, bidragit till DBT:s kliniska etablering.

DBT har fått sitt namn efter det samtidiga fokus på förändring och acceptans av nuet, som är kännetecknande för behandlingen (Linehan, 1993). Dialektik innebär i filosofin en integrering av tes och antites till syntes (Linehan, 1993), vilket i DBT kan översättas till en balans mellan förändring av dysfunktionella beteenden och acceptans av personen som den är just nu (Linehan, 1993/2000). Detta är behandlingens mest grundläggande dialektik och utifrån ett sådant synsätt kan de dikotoma tankar, känslor och beteenden som är vanligt förekommande vid BPD ses som ett dialektiskt misslyckande; individen tenderar att fastna i omväxlande tes eller antites, och en syntes av två positioner är svår att uppnå (Linehan, 1993; 1993/2000). Terapin syftar till att hjälpa patienten att ta sig ur låsningen i än den ena, än den andra extrempolen, och istället skapa en funktionell och mer nyanserad position (Linehan 1993/2000). Linehan (1993/2000) menar att detta är en ständigt pågående process, vilket innebär att terapins mål inte är att försöka skapa en stabil omvärld utan snarare att ge patienten verktyg för att kunna handskas med ständiga förändringar i omvärlden.

Behandlingsupplägg i DBT. Följande stycke beskriver behandlingsupplägget i DBT, med

utgångspunkt i Linehans (1993) presentation av terapiformen. Behandlingen består av fyra huvudkomponenter: individualterapi, färdighetsträning i grupp och telefonkonsultation med terapeuten, samt fallkonsultation för teamet. Individualterapin är behandlingens mittpunkt och ägnas åt att diskutera akuta problem och öka motivationen för både terapi och överlevnad. Vanligen innebär detta samtal en gång i veckan à 60-120 minuter. Individualterapin är nödvändig för att hjälpa patienten med tillämpningen av de färdigheter som lärts in under gruppträffarna, och det är ett krav att patienten har en individuell kontakt parallellt med färdighetsträningen. Maladaptiva beteenden ersätts med adaptiva genom att lösningar genereras i form av färdigheter som terapeuten hjälper patienten att integrera i sin vardag, både under sessioner och vid behov via telefon. Möjligheten till telefonkontakt fyller olika syften: det fungerar som en övning för patienten att lära sig att be om hjälp på konstruktiva vis istället för att göra det aggressivt och krävande, eller att inte be om hjälp alls på grund av skam. Det är också en hjälp för patienten att i vardagen använda sig av de färdigheter som lärts ut i behandlingen, vid tillfällen då patienten behöver hjälp med att generalisera dessa till situationer utanför terapin. Det skulle exempelvis kunna handla om tillfällen då patienten grälat med en närstående och har svårt att på egen hand reglera de starka känslorna, och terapeuten kan då vara behjälplig genom att föreslå lämpliga färdigheter för att hantera känslorna på eller sätt att distrahera sig från dem. Färdighetsträningen sker vanligtvis en gång per vecka, men i längre sessioner, och är ämnad att förse patienten med psykosociala färdigheter som gör vardagen lättare att hantera, kategoriserade under fyra olika moduler: 1) mindfulness⁵; 2) att hantera relationer; 3) känsloreglering; och 4) att stå ut när det är svårt. Mindfulnessmodulen kan presenteras under inledande sessioner för att sedan vävas in i de tre följande moduler som pågår under åtta veckor vardera innan upplägget börjar om, vilket innebär att patienterna ofta går igenom varje avsnitt minst två gånger under sin behandling.

Förändringsmekanismer i DBT. Lynch et al. (2006) beskrev i en teoretisk artikel ett antal mekanismer som kan ligga bakom förändringsprocesserna i DBT, med fokus främst på interventioner som är specifika för terapiformen och nära förknippade med den underliggande biosociala teorin och forskning kring dysfunktionell emotionsreglering. De interventioner som presenterades var mindfulness, validering, att göra tvärt emot känslan, beteendefokuserade

⁵ Ibland översätts begreppet på svenska till *medveten närvaro*. Författarna har valt att behålla ursprungsbegreppet då det är väletablerat även i Sverige, och är det begrepp uppsatsens deltagare använt.

interventioner, samt dialektala strategier.

Mindfulnesskomponenten i DBT syftar till att öka patientens kontroll över sina uppmärksamhetsprocesser; att integrera rationalitet och emotioner till en syntes kallad Wise Mind; samt att utveckla en känsla av att vara ett med sig själv, andra och omvärlden (Lynch et al., 2006; Linehan, 1993). Detta, menar Lynch et al. (2006), sker genom en icke-dömande hållning och acceptans vid exponering för stimuli som skapar obehag; patienten observerar tanken eller känslan snarare än det objekt som ger upphov till dessa, utan ansats att förändra dem. Mindfulness innebär att låta tankar och känslor finnas utan att värdera dem, istället observeras och beskrivs de, något som kan resultera i färre och mildare dömande av såväl det egna självet som av andra, att hotfulla situationer kan upplevas som mindre obehagliga på grund av utebliven förstärkning, samt större möjlighet för individen att omfokusera uppmärksamheten vid intensiva emotionella reaktioner (Lynch et al., 2006).

Linehan (1993) beskriver validering som en av grundstrategierna för acceptans och Lynch et al. (2006) beskriver förändringsmekanismer förknippade med validering som: att patientens självbild stabiliseras; att förmågan att reglera starka emotioner ökar, vilket ger bättre förutsättningar för inläring av färdigheter; motivation för att stanna i terapi på grund av de incitament som en självverifierande miljö erbjuder; samt modellinläring, då terapeuten utgör en modell och anpassar graden av validering till patientens beteenden.

Kedjeanalyser är en beteendefokuserad intervention för att i detalj kartlägga en situation där problembeteenden förekommit, vilket leder till förändring genom följande mekanismer: exponering, aversiva betingelser, förbättrade autobiografiska minnesfunktioner samt tillämpning av färdigheter (Lynch et al., 2006).

Att stå emot de impulser som känslor triggat och istället agera tvärt emot är en intervention som leder till förändring genom exponering och ger möjlighet till utveckling av nya responser, genom att utöka patientens beteenderepertoar och förändra de kognitiva responser som följer på de nya beteenden patienten ägnar sig åt (Lynch et al., 2006).

Linehan (1993) har beskrivit två huvudsakliga typer av kommunikation som används av terapeuten för att förhålla sig till dialektiken: den reciproka kommunikationen vilken kännetecknas av lyhördhet, värme och äkthet; och den drastiska som är oväntad och ibland bär drag av vanvördighet och konfrontation för att fånga patientens uppmärksamhet, i kombination med mycket värme för att inte uppfattas som aggressiv. Med utgångspunkt i både kognitiv- och

inlärningsteori, föreslår Lynch et al. (2006) att dialektiska strategier skapar förändring genom att oförutsägbarhet och oväntade utspel från terapeutens sida håller patienten alert och uppmärksam. Ett dialektiskt synsätt ger även möjlighet till modellinlärning av ett mer nyanserat och integrerat förhållningssätt (Lynch et al., 2006).

Den sammanfattande slutsatsen är att dessa fem interventioner kan utgöra faktorer som medierar utfall genom: 1) exponering, responsinhibering och utsläckning av maladaptiva känsloreaktioner, 2) ökad inlärning av färdigheter för att hantera känslomässigt stimuli, 3) ökad uppmärksamhetsförmåga, att kunna välja fokus, samt bättre minne och 4) motivation att stanna i terapi (Lynch et al., 2006).

Empiriskt stöd för DBT. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) bedömde 2005 att DBT har ett begränsat vetenskapligt underlag vilket innebär att studierna som undersökts “bygger på studier av god kvalitet som vid en samlad bedömning av påverkansfaktorer har begränsat vetenskapligt stöd” (s.1). Däremot beskrevs DBT i samma rapport som en lovande terapiform vilken bör utvärderas under svenska förutsättningar. Lynch et al. (2006) beskriver DBT som en väletablerad behandlingsform, då sju välkontrollerade RCT-studier genomförda av fyra oberoende forskningslag har funnit metoden effektiv vid BPD. Stoffers et al. (2012) genomförde en omfattande metastudie för Cochraneinstitutet som inkluderade 28 studier och sammanlagt 1804 patienter med BPD, och jämförde flera olika psykoterapiformer som använts vid behandling av BPD. Analysen visade bland annat att DBT var signifikant mer effektivt avseende reduktion av ilska och självskadebeteenden jämfört med TAU, och förknippat med bättre generellt fungerande jämfört med både TAU och klientcentrerad terapi (CCT). Författarna konkluderade att DBT kan vara till hjälp för personer med BPD, men att det behövs mer forskning eftersom ingen av behandlingarna som undersöktes i nuläget har en stark evidensbas. I en metanalys av fem RCT-studier fann Panos, Jackson, Hasan och Panos (2013) att BPD-patienter som behandlats med DBT hade lägre grad av suicidala och parasuicidala beteenden jämfört med patienter som behandlats med annan psykoterapi eller TAU och att DBT hade marginellt färre avhopp. I studien sågs inga skillnader avseende reduktion av depressiva symptom mellan DBT och TAU.

Roepke et al. (2011) fann i en studie vars syfte var att utvärdera vilken påverkan DBT hade på självkänsla och självkoncept, att behandlingsgruppen uppvisade signifikant förbättring

efter 12 veckors behandling jämfört med en kontrollgrupp gällande tydlighet i självkoncept, samt globala och specifika mått på självkänsla; författarna konkluderade att resultaten antyder att DBT har effekt på symptom kopplade till identitetsstörning som förknippats med BPD.

Behov av patientperspektiv

Givet de resultat som rapporterats i psykoterapiforskningen, vilka beskrivit alliansens betydelse för behandlingseffekt och patienters benägenhet att fullfölja behandling (Horvath & Luborsky, 1993; Laska, Gurman & Wampold, 2013) även i den specifika patientgruppen (Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman och Arntz, 2013; Richardson-Vejlgaard et al., 2013), är patientperspektiv på de förutsättningar för positiva upplevelser av den terapeutiska relationen som vedertagna behandlingsmetoder erbjuder, nödvändiga komplement till utfallsforskning.

Ett framträdande symptom vid BPD är en instabil och ofta negativ självbild (American Psychiatric Association, 2013; Lieb et al. 2004). DBT har, bland andra behandlingsformer utvecklade för BPD, kritiserats för att fokusera snävt på akuta symptom och därför gå miste om långsiktiga effekter, däribland positiva förändringar i självbild (Zanarini et al., 2007); kritik som bemötts med slutsatser dragna utifrån en begränsad mängd kvantitativa resultat (Bedics et al., 2012) och som delvis belagts även kvalitativt (Cunningham et al., 2004). Utfallsforskning och RCT-studier med DBT i fokus har givits mycket uppmärksamhet, men forskning på vilka faktorer som ligger bakom behandlingsframgångar i DBT är ännu på ett tidigt stadium avseende empiriska belägg. Kvalitativa data kan här bidra med beskrivningar av vilka behandlingskomponenter som patienterna själva identifierat som verksamma, och generera hypoteser för vidare studier.

Syfte

Syftet med föreliggande arbete är att undersöka fem tidigare DBT-patienters upplevelser av eventuella förändringar i självbild och deras upplevelser av relationer till behandlare under tiden i DBT. Ett delsyfte med studien är att identifiera faktorer som deltagare upplever har bidragit till eventuella förändringar.

Metod

Då studiens syfte var att beskriva upplevelser av psykoterapeutisk behandling valdes en kvalitativ ansats. Författarna sökte nå djupare förståelse för deltagarnas situation utan anspråk på objektiv sanning eller generaliserbarhet till andra individer eller sammanhang. Med utgångspunkt i deltagarnas upplevelser var ambitionen att kunna erbjuda nya perspektiv på DBT med möjlighet att utifrån dessa vidare utveckla och förbättra behandlingsmetoder för personer med BPD. Datainsamlings- och analysmetod valdes i överensstämmelse med studiens syfte och redovisas nedan.

Urval

För deltagande i studien krävdes fullföljd behandling med DBT för diagnosen BPD. Inga exklusionskriterier ställdes upp. Deltagare rekryterades i samarbete med en läkare vid ett DBT-team i södra Sverige, som kontaktade behandlare med förfrågan. Tre behandlare tillfrågade sammanlagt tretton patienter, vilka bedömdes lämpliga för studiens syfte. Sju personer tackade ja till deltagande, varav en avbröt sin medverkan innan intervjun genomfördes. Sammanlagt intervjuades sex personer, samtliga kvinnor, med ett åldersspann från 21 till 40 år. En deltagare önskade avbryta sitt deltagande efter genomförd intervju. Antal intervjuer som inkluderades för vidare analys var således fem stycken.

Instrument

För insamling av data användes en semistrukturerad intervju. En intervjuguide (Bilaga B) utformad med utgångspunkt i studiens frågeställning och teori, med frågor som berörde deltagarnas upplevelser innan, under och efter behandling. Frågorna grupperades kronologiskt för att underlätta en sammanhängande berättelse och för att tydliggöra de eventuella skillnader som deltagarna upplevde idag jämfört med tidigare. Intervjuguiden granskades och kommenterades av uppsatsens handledare och den läkare som varit behjälplig med rekrytering, samt prövades ut på två externa respondenter som inte tillhörde urvalsgruppen. Intervjuguiden reviderades tre gånger innan datainsamlingen påbörjades.

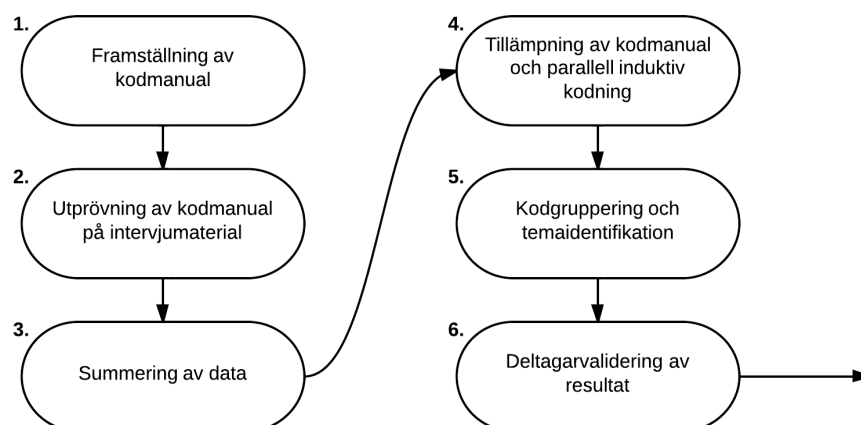
Procedur

De personer som anmält intresse för deltagande ringdes upp av författarna och gavs utförligare information om vad deltagandet innebar. Vid samma kontakttillfälle bokades tid för intervju och ett informationsbrev (Bilaga C) skickades med post hem till deltagaren. Fyra

intervjuer genomfördes i lokaler på Institutionen för psykologi i Lund och en intervju genomfördes via telefon. Intervjuernas längd varierade mellan 90 och 130 minuter och genomfördes med båda författare närvarande. Deltagarna informerades vid intervjutillfället på nytt om syftet med studien, om författarnas tystnadsplikt, om avidentifiering, hantering och presentation av materialet samt rätten att när som helst utan närmare förklaring avbryta sitt deltagande. Innan intervjun påbörjades lämnade deltagarna skriftligen sitt samtycke (Bilaga D) till deltagande. Samtliga intervjuer gjordes med ljudupptagning med diktafon. Deltagare erbjöds efter avslutad intervju möjlighet att kontakta författarna om de önskade ändra, förklara eller stryka någon av de uppgifter som lämnats, eller om de hade frågor eller funderingar kring sin medverkan. Författarna transkriberade intervjuerna ordagrant och i sin helhet för vidare analys.

Dataanalys

För databearbetningen användes en abduktiv form av tematisk analys. Tematisk analys är en kvalitativ analysmetod som ofta används inom psykologisk och sociologisk forskning för att identifiera, analysera och rapportera teman utifrån data (Braun & Clarke, 2006). Metoden har stor flexibilitet och kan användas för olika typer av forskningsfrågor med olika epistemologiska ansatser (Braun & Clarke, 2006). Med anledning av metodens enkelhet och tydlighet, samt kompatibilitet med studiens kvalitativa ansats och syfte valdes tematisk analys för databearbetning. Fereday och Muir-Cochrane (2006) beskriver hur de kombinerat induktiva koder sprungna ur materialet med deduktiva koder sprungna ur teori i sin tematiska analys, en ansats som anammats i uppsatsens analys på grund av de möjligheter att fånga upp sådana teman som faller utanför den teoretiska bakgrunden som detta tillvägagångssätt erbjuder. Nedan följer en presentation av analysens olika steg, som beskrivna av Fereday och Muir-Cochrane (2006):



Figur 2. Analysmetodens steg.

1) Framställning av kodmanual. Författarna utformade en kodmanual (Bilaga E) med utgångspunkt i beskrivningar av självbilsproblematik vid BPD, biosocial teori och behandlingsriktlinjer för DBT (Linehan, 1993) samt självverifieringsteori (Swann, 1983; Stinson et al., 2010), som användes vid den deduktiva delen av analysen. Kodmanualen utformades med ambitionen att fånga in upplevelser av DBT, eventuella förändringar i självbild samt faktorer som upplevts bidra till förändring, och innehöll de fem övergripande kategorierna: *Självbild innan DBT*, *Självverifiering innan DBT*, *Självbild i dag*, *Självverifiering i dag* samt *Bidragande faktorer till förändringar i självbild*. 2) Utprövning av kodmanual. Författarna applicerade var för sig kodmanualen på en av de transkriberade intervjuerna med syfte att pröva manualens användbarhet på materialet. 3) Sammanfattning av data. Författarna identifierade meningsbärande enheter i materialet och sammanfattade dessa textutdrag för att materialet skulle bli mer hanterbart, utan att kärnan i informationen gick förlorad. 4) Tillämpning av kodmanual och parallell induktiv kodning. I detta steg applicerades de på förhand framtagna koderna på materialet och koder som föll utanför kodmanualen noterades separat under kategorin “Övriga koder” och markerades med bokstavskoder i analysens schemat. För att öka analysens reliabilitet kodade författarna transkripten var för sig för att sedan jämföra och komplettera, snarare än avföra, koder, och diskutera de eventuella skillnader som framkom i bedömningarna. För exempel på analysarbetet se Tabell 1 nedan.

Tabell 1: Analysschema

Meningsbärande enhet	Sammanfattning	Kodning
Det har ändrat hur jag ser på mitt eget liv, mitt egenvärde. Att jag ser på mig själv i en helt annan, i ett helt annat, i ljus istället för mörker tex, det är rätt talande.	Jag ser på mig själv och mitt eget värde på ett helt annat sätt efter behandlingen.	3.1 Synen på mig själv har ändrats efter DBT. 3.2 Synen på mitt eget värde har ändrats efter DBT.
Vad ska hända? Vad ska jag göra? Kommer jag att överleva detta? Är det lönt att överleva detta? Vill jag överleva detta? Det är fruktansvärt mycket lättare att dö liksom, det är så mycket simplare. Och så hade man ju det där, den där känslan liksom, att jo, jag ska kämpa, jag ska leva.	Jag visste inte om jag ville eller skulle överleva. Det kändes lättare att dö men samtidigt ville jag kämpa för att leva.	1.1 Jag visste inte om jag ville överleva. 1.2 Det kändes lättare att dö. A. Jag ville kämpa för att leva.
Man isolerar sig helt enkelt, det gör man när man mår dåligt, det är klassiskt.	När man mår dåligt isolerar man sig.	2.2. Isolering.

5) Kodgruppering och temaidentifikation. Författarna färgmarkerade sammanhörande koder och sammanförde koder i teman och underteman. 6) Deltagarvalidering av resultat. För att öka sannolikheten att studiens resultat rättvisande återgav deltagarnas berättelser och för att undvika att någon deltagare skulle uppleva sig identifierad i materialet, erbjöds samtliga deltagare att läsa och kommentera det färdiga resultatet. Deltagarna kontaktades via SMS och ombads uppge sina e-postadresser om de var intresserade av detta erbjudande. Ett dokument innehållandes resultatet

gjordes sedan tillgängligt på Google Drive för var och en av de fyra deltagare som tackat ja till erbjudandet. En deltagare tillhandahöll inte någon e-postadress och fick således inte tillgång till dokumentet. En av deltagarna återkom och kommenterade resultatet i positiva ordalag efter läsning men hade inga önskemål om ändringar, varför inga revideringar gjordes.

Författarnas förförståelse

Studien gör inga anspråk på att presentera en objektiv beskrivning av undersökta fenomen. Det ligger i den kvalitativa studiens natur att subjektivitet är oundvikligt. Däremot har författarna sökt minska risken för att egna tolkningar ska påverka resultatet genom att använda en beprövad analysmetod med väl beskrivna steg för analysprocessen.

Den omfattande litteraturen som berör diagnosen BPD tillhandahåller företrädesvis generella beskrivningar, som baseras på medelvärden. Hur författarna uppfattat och kategoriserat de individspecifika symptom och svårigheter som studiens deltagare har beskrivit i intervjuerna har sannolikt påverkats av diagnosbeskrivningar i litteraturen. Såväl intervjuguiden som dataanalysen är grundade i tidigare beskrivna teorier, varför både frågor och deltagarnas intervjusvar respektive författarnas bearbetning av materialet får antas stå under påverkan av teoretiska antaganden.

Etiska överväganden

Studien följer de etiska riktlinjer för examensuppsatser som ställts upp av Lunds Universitet. Författarna resonerade kring eventuella etiska betänkligheter som skulle kunna uppstå i och med hantering av känsliga personuppgifter, vilka redogjordes för i en skrivelse som godkändes av kursansvarig.

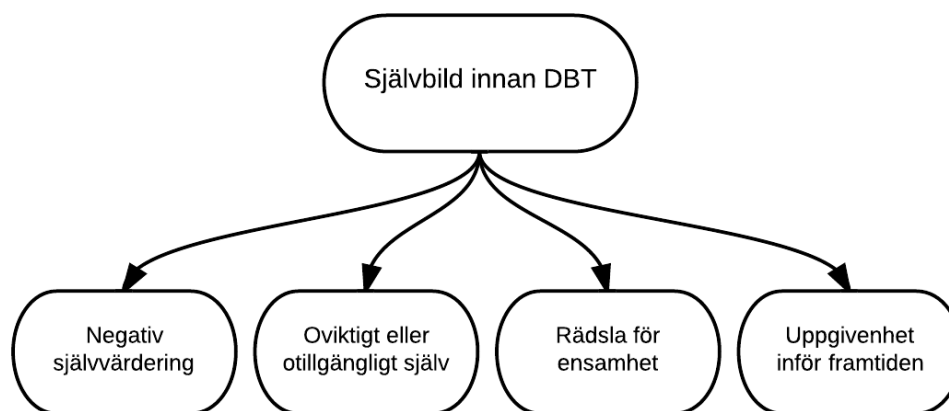
Deltagarnas anonymitet skyddades genom att all kommunikation som behandlade personuppgifter, både med DBT-teamet och med deltagarna själva, skedde via telefon. Allt potentiellt identifierande material förvarades inlåst vid Institutionen för psykologi. I de transkriberade intervjuerna ersattes person- och Ortsnamn, liksom i resultatet, med beskrivande substantiv, till exempel [stad] eller [partner]. I resultatet utelämnades vidare citat som beskrev eventuellt identifierande omständigheter. Inspelat och transkriberat material kommer att förstöras vid godkännande av uppsatsen.

Resultat

Resultatet presenteras med utgångspunkt i deltagarnas beskrivningar av hur de såg sig själva och upplevde samspelet med andra tidigare. Dessa upplevelser kontrasteras mot deltagarnas beskrivningar av hur de ser på sig själva och upplever samspelet med andra idag. Därefter följer en redogörelse för de faktorer som deltagarna upplever har bidragit till förändring, vilka innefattar behandlingsmotivation, relationer i och utanför behandling samt färdigheter som utvecklats i DBT. Till sist presenteras ett tema som framkommit i materialet men som inte kunnat sorteras under deduktiva teman.

Självbild innan DBT

Temat *Självbild innan DBT* innefattar tankar om, känslor för och värdering av själv innan påbörjad behandling, med fyra underteman: *Negativ självvärdering*, *Oviktigt eller otillgängligt själv*, *Rädsla för ensamhet*, *Uppgivenhet inför framtiden*.



Figur 3. Självbild innan DBT.

Samtliga deltagare uttryckte att de innan behandling hyst övervägande negativa självbilder och känsloupplevelser. Några exempel på negativt laddade adjektiv som deltagare gav av sig själva innan DBT var: dålig, svag, hjälplös, värdelös, rädd, stresskänslig, trasig, ångestfylld, ful, korkad och äcklig. Känslor som beskrevs vara vanligt förekommande var, bland andra: nedstämdhet, uppgivenhet, sorg, hjälplöshet och svaghet. I en av intervjuerna förekom också beskrivningar av positiva egenskaper i termer av kompetens, självständighet, envishet,

lojalitet och rättvisa samt ansvarstagande, vilka beskrevs som ena extrempolen i påfrestande svängningar mellan positiv och negativ värdering av självet: "... självförakt och självhat, och dömande och självbestraffande, och skam och skuld, och jättekompetent och jätteinitiativrik, och sedan väldigt, väldigt... olycklig".

Negativ självvärdering. Samtliga deltagare beskrev upplevelser av att inte duga eller kunna klara av saker, att allt de gjorde blev fel, att det inte fanns något bra med den egna personen och att inte stå ut med att se sig själv eftersom "... man är ful eller äcklig liksom, men så till den grad att man måste ta bort sig, förinta sig." I flera intervjuer uttrycktes en upplevelse av bristande självrespekt och en känsla av att vara mindre värd än andra: "... värdelös, duger ingenting till. Allt negativt"; "De var ju så här högt uppsatta, och jag var väldigt mycket längre ned". I intervjuerna återkom beskrivningar av att ha kritiserat och varit dömande mot sig själv. En deltagare berättade om svårigheter att ta emot positiv feedback men att hon lättare tog till sig negativa omdömen:

Så att jag har nästan varit bättre på att ta emot när folk har sagt att: "Du, din dumme jävel ..." eller liksom ... "Ja, men bra. Då är vi ärliga med varandra", då kan jag liksom ta det. Sedan svider ju det också. Det gjorde ju också jätteont, men jag kände ändå att: "Ja, men det är det du tycker."

Flera deltagare beskrev att de satte höga krav på sig själva som de inte klarade av att uppnå när de mådde som sämst, vilket upplevdes som en törn på självbilden. En deltagare berättade:

Jag har alltid haft fruktansvärt lätt för skolan. Så därför blev det en större katastrof allt, när jag inte kunde. Då var det liksom: "Detta kan jag! Detta är så simpelt, detta här! Detta kan jag!", men det gick inte. Och för mig var det ju, att klarar man inte skolan, då är man körd. Då är det katastrof från början liksom, då är det inte värt någonting.

Samtliga deltagare berättade om tidigare självskadebeteenden och en majoritet delgav att de gjort minst ett suicidförsök. Flera deltagare beskrev självskadebeteenden som ett sätt att

reducera ångest eller lösa en inre konflikt på kort sikt. Beskrivningar av att ha haft tillgång till mycket medicin och kunnat ta stora mängder tabletter vid samma tillfälle framkom i två av intervjuerna:

... den bilden jag hade av mig själv plus massa mediciner, det är ingen bra kombination att ha. Och läkaren visste om det men gav mig ändå höga doser varje dag, upp i epilepsidoser fast jag inte har epilepsi och så gav han det i halvårsdoser. Så jag hade fruktansvärt mycket mediciner hemma, så det var ju ganska så lättillgängligt då att bara ta hundra tabletter på en gång efter en flaska vin.

Två deltagare berättade om ett omfattande festande som flykt från en svår vardag: "Jag trivdes med det meningslösa festandet och att skära mig. Det funkade just då. Det var liksom ett liv jag kände till. Det var inte läskigt även om det var kaos. Det var inte obehagligt."

Oviktigt eller otillgängligt själv. Till detta undertema hörde brist på tankar om självet, deltagares svårigheter att beskriva sig själva, känslor av att inte finnas till och att upplevelser inte var på riktigt. En deltagare uttryckte: "... några tankar om mig själv, nej, jag tror inte jag hade det ... Jag var väl mer ett skal liksom, så det spelade ingen roll". En annan deltagare delgav att hon hade svårigheter att tänka klart om sig själv när hon mådde dåligt, att självbilden då var förvrängd och inte avspeglade vem hon egentligen var: "... en människa som är sjuk tänker ju inte direkt klart och då har man inte ... Då har man en väldigt skev självbild. Så min självbild var riktigt skev."

Flera deltagare beskrev hur de ofta ifrågasatt sina egna känslor så att de till slut framstod som obegripliga eller felaktiga:

Det var ingen som förstod mig, och jag tänkte att det är nånting som är fel med mig liksom. Det kom ganska tidigt att jag kunde tänka att: "Ja, men jag uppfattar nog saker som väldigt konstigt för det är ju ingen annan som ser det jag ser eller förstår vad jag menar."

Rädsla för ensamhet. I två intervjuer framkom känslor av ensamhet och övergivenhet,

med tankar om att inte klara sig själv och att vara hjälplös på egen hand: "Jag klarade inte att vara ensam, jag var livrädd liksom." Som en följd av dessa tankar beskrevs behov av att till vilket pris som helst hålla vissa människor nära; att bli lämnad skulle innebära ett hot mot ens hela existens. En deltagare beskrev det på följande vis:

Den här besattheten! Att mitt liv skulle gå under om inte de fanns med. Mitt liv skulle gå i bitar. Även om de hade vissa situationer då de var elaka mot mig, så då var det ju mitt fel enligt mig.

En annan deltagare uttryckte en oro kring att vänner skulle tas ifrån henne och en vilja att ha dem för sig själv: "... det blev såhär, att kom där någon annan så kände man: "Åh shit, nu snor den personen den andra personen ifrån mig". Så ja, det var ju den här rädslan att vara ensam".

Uppgivenhet inför framtiden. Gemensamt för alla intervjuer var beskrivningar av en mörk eller obefintlig framtid: "Livet var helt hopplöst. Det fanns inte något ljus, bara mörker."

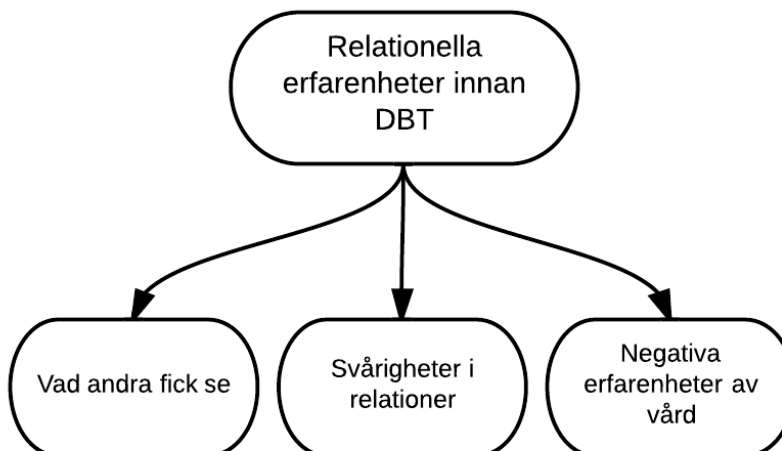
Samtliga deltagare berättade att de tidigare varit säkra på att de inte skulle finnas kvar i livet länge till. I flera intervjuer uttrycktes upplevelser av att inte ha några möjligheter, att livet aldrig skulle komma att bli bra, och att det därför var svårt att våga planera eller drömma: "Jag hade liksom inga framtidsplaner egentligen för jag tänkte inte att jag skulle leva, liksom, så länge till ... det fanns liksom hela tiden här inne att jag tänkte inte stanna kvar så länge". Flera deltagare beskrev tankar om att vara till besvär för andra: "Det var bättre om man försvann och det var bättre för alla andra runtomkring att slippa att ha mig, och jag är bara en börda och jag är barnet gud glömde bort och, det var bara negativt."

Till samma tema hörde även beskrivningar av hur impulsivitet kunde följa på tankar om att inte ha någon framtid:

... då satte jag mig på bussen och så var det så: "Ja, antingen kommer jag hem eller så kommer jag inte hem, det får vi se." för mig var det skitsamma om jag levde eller dog eller vad som hände.

Relationella erfarenheter innan DBT

Temat *Relationella erfarenheter innan DBT* innefattar deltagarnas upplevelser av interpersonella relationer innan påbörjad behandling med DBT. Tre underteman framkom i materialet: *Vad andra fick se*, *Svårigheter i relationer* samt *Negativa erfarenheter av vård*.



Figur 4. Relationella erfarenheter innan DBT.

Vad andra fick se. I intervjuerna fanns beskrivningar av sätt att, både medvetet och omedvetet, väcka andras uppmärksamhet för ens svårigheter. En deltagare beskrev sin upplevelse av att andra uppfattade ens behov och önskemål som orimliga, och kunde feltolka destruktiva eller svårförståeliga beteenden som manipulationsförsök, snarare än som uttryck för inre lidande:

... det är ju inget man gör mot andra, som många tror; att man gör det här för att få fördelar, eller man kan skärpa sig. Det är ju någonting som händer inom en, som andra ser resultatet av.

En deltagare delgav hur självdestruktiva beteenden gjorde att andra fick upp ögonen för hennes svårigheter:

... och jag blev inlagd första gången och det var väl då det började, spiralen. Och då

insåg jag att: "Wow, folk ser att jag mår dåligt nu!", så kunde det bli typ beteende, i efterhand. Det såg jag inte då att det var så man skulle göra för att få uppmärksamhet, de lyssnade inte på mig när jag pratade.

En deltagare förklarade att hon behövt andras uppmärksamhet till den grad att det inte spelade någon roll om den var av negativ karaktär: "... man ville höras och synas och bli omtyckt, och även om det var negativ bekräftelse så fick man i alla fall bekräftelse". Flera deltagare berättade att de snarare höll upp en fasad mot omvärlden. En deltagare beskrev hur hon, när hon mådde mycket dåligt, kompenserade för detta genom att lägga mycket tid på sitt utseende för att "gömma det sjuka". Att framställa sig själv som glad, positiv, stark och kapabel gjorde att få personer förstod hur dåligt de egentligen mådde:

... jag har levt ett normalt liv. Utåt sett har ingen fattat hur dåligt jag har mått, liksom. Haft pojkvän och sambos och lägenheter och jobb och skolgång och sådant, men sedan har det varit den jobbiga mörka biten som man har tacklat själv och utåt sett bra men inåt var det kaos, liksom.

Flera deltagare beskrev hur de successivt slutade delta i sociala sammanhang då de mådde dåligt: "Nej, men jag orkade inte vara bland folk. Jag var nedstämd hela tiden och ja, ville bara vara själv. Jag hatade allt och alla, liksom. Jag pallade inte någon, jag ville bara vara ifred."

Svårigheter i relationer. Samtliga deltagare gav beskrivningar av komplicerade relationer, bristande kommunikativa förmågor och svårigheter att uppfatta hur andra reagerade på uttryck för starka känslor.

Känslor för andra kunde skifta mycket fort. En deltagare berättade:

Alltså, ena dagen kunde det vara världens bästa person och nästa dag kunde de vara dumma i huvudet. Det var liksom, så fort någon sade någonting som jag inte tyckte var rätt så liksom: "Äh, du kan dra åt helvete!"

Flera deltagare berättade om konfliktfyllda relationer, av-och-på-förhållanden eller att nya

relationer inleddes parallellt med ett annat förhållande:

... så blir man tillsammans med en kille, och sedan så kom där någon annan helt plötsligt och uppvaktade en eller bekräftade en. Då hade jag jättesvårt för att säga nej till den personen för att då förlorade jag ju den uppmärksamheten. ... Det är svårt att säga nej till en bekräftelse när man inte har fått så mycket bekräftelse och man tycker man är världens sämsta människa.

Flera deltagare talade om ett mönster av att söka sig till destruktiva relationer, som kunde innefatta fysisk och psykisk misshandel, svartsjuka, missbruk eller sexuellt utnyttjande. En deltagare berättade om det på följande vis:

... efter det så har jag på något sätt sökt mig till andra destruktiva relationer. Inte så att jag har blivit fysiskt misshandlad sedan, men det har på något sätt ändå varit liknande, liksom behandling av ... Just det här att jag har varit så van vid att bara få höra negativa saker.

Negativa erfarenheter av vård. Samtliga deltagare beskrev att tidigare vårdkontakter ofta kännetecknats av upplevelser av diskontinuitet i behandlingsrelationer, kränkande bemötande, att inte bli tagen på allvar eller att inte få den hjälp en önskade:

... gått till tolv eller tretton olika läkare som inte har kunnat hjälpa mig, som bara har stoppat i ... När jag har berättat hur jag har mått så stoppar de i lite ångestdämpande, lite Sobril, lite Lyrica. ”Tryck i henne lite mer droger där”, liksom, “... så att hon håller tyst och blir avdomnad.”

Två deltagare berättade att de nekats hjälp när de mått mycket dåligt eftersom de inte bedömts vara tillräckligt sjuka. En deltagare fick i stället höra att hon var för sjuk och inte kunde bli hjälpt:

... de på [sjukvårdsaktör] skickade remiss till KBT på då den här privatkliniken

[sjukvårdsaktör] och då så gick jag dit, och hon sa efter några möten att: ”Jag kan inte hjälpa dig. Du är för sjuk, jag är inte utbildad för det här. Här du får en bok du kan läsa.” Och sedan fick inte jag komma dit fler gånger.

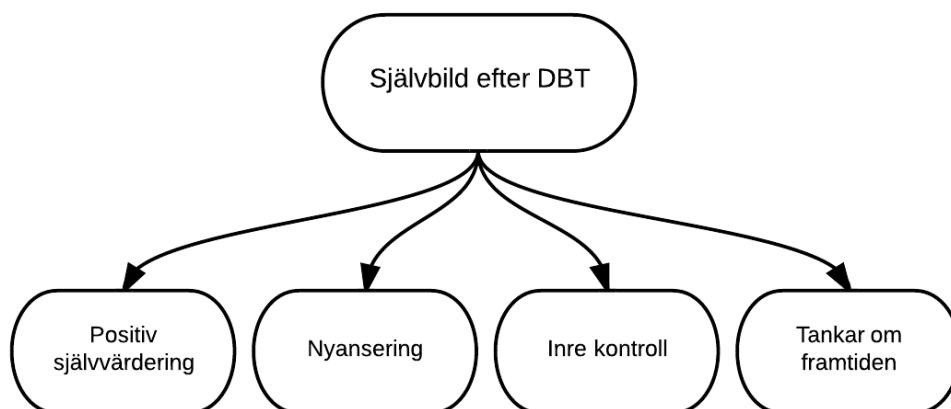
En deltagare berättade att hon ofta fick höra att hon var besvärlig då hon sökte vård, och beskrev en situation där detta blivit mycket tydligt i bemötandet:

... och fick till och med höra någon gång, när jag var inlagd på MAVA och hade tagit en överdos piller, ett sådant rop-på-hjälp-överdos, hur mycket jag kostade per dygn. Han hade nog en dålig dag den killen, men det är något jag kan tänka på i efterhand, och sådana saker spär ju på att: ”Ja, jag är inte värd den här platsen på MAVA. Det kostar 6000 per dygn och fy fan, hur kan jag ta upp den här platsen?!”

En deltagare berättade om hur en tidigare behandlingskontakt sökt upp henne för att inleda en sexuell relation. Deltagaren beskrev situationen på följande vis: “... sedan ville han träffas och ha sex då, vilket jag går med på för att jag fick liksom förödmjukelse serverad på ett silverfat liksom, och jag kan inte neka det liksom. Det tar jag”.

Självbild efter DBT

Temat *Självbild efter DBT* innefattade tankar om, känslor för och värdering av själv vid tiden för intervju, med fyra underteman: *Positiv självvärdering*, *Nyansering*, *Inre kontroll* och *Tankar om framtiden*.



Figur 5. Självbild efter DBT.

När deltagarna ombads beskriva hur de ser på sig själva vid tiden för intervju framträdde hos samtliga en generell upplevelse av att ha förändrats i positiv riktning sedan de genomgått DBT. Några av de positivt laddade adjektiv som deltagare använde om sig själva vid tiden för intervjun var: stark, positiv, glad, kompetent, lugnare, harmonisk, och envis.

Positiv självvärdering. Flera deltagare beskrev ett förnyat självförtroende och upplevelser av sig själva som starka:

Jag känner mig väldigt stark, jag har på något sätt gått igenom allt det där och nu är jag här där jag, jag menar jag har ju också dåliga dagar. ... men jag lägger ju inte på det som någon egenskap utan jag, jag känner mig väldigt nöjd med mig och jag har inte behovet heller av att be om ursäkt.

Flera deltagare uttryckte att känslor av skam och skuld avtagit och beskrev de sätt på vilka de relaterar till sig själva i dag som snällare och mer förlåtande. En deltagare berättade:

Nu kan jag istället säga till mig själv, bara: "Fan vad jävligt jag har det!", och liksom: "Fan, vad jag ändå försöker mitt bästa!" Jag kan med förvåning bara, iaktta mig själv. Validera, utan att tycka synd om mig själv, utan att försöka få någon annan att tycka synd om mig eller förstå mig, så bara. Jag kan ge mig själv cred.

I materialet fanns beskrivningar av att kunna stå upp för sig själv och värdera sin egen uppfattning som viktig:

Just den här tydligheten, att jag vågar vara tydligare med vad jag själv känner och vad jag själv tycker och sen så vill jag ju inte trampa någon på tårna, det handlar ju inte om det, utan att jag sätter mig själv lite högre än vad jag har gjort innan.

Till samma tema hörde upplevelser av en ökad förmåga att trösta, värdesätta och vara

stolt över sig själv:

Jag har ju kommit på mig själv att jag faktiskt har gjort, alltså säger ... De sista gångerna att: "Ja, nu har jag gjort detta och det var jag stolt för.", så nästan bet jag mig i tungan och bara: "Shit, nu berömde jag mig själv!"

Många intervjusvar handlade om att lyssna till sina egna behov och att utgå ifrån dem för att må bra. Detta kunde handla om att vara mer noggrann med mat och sömn, men också om att vara mindre slarvig med sig själv: "Jag är liksom rädd om livet, inte bara rädd om alla andra, utan jag är faktiskt rädd om mig själv också. Jag vill ju vara kvar här nu, jag har ju kämpat så länge för att bli hel".

Nyansering. Flera deltagare uttryckte en upplevelse av att klara livet bra och berättade att de i dag är mer validerande, med större benägenhet att se både eget och andras ansvar i konfliktsituationer.

Samtliga deltagare beskrev att de i större utsträckning upplever att andra värderar dem positivt och att de negativa uppfattningar som andra ger uttryck för kan hanteras bättre. Flera deltagare förklarade också att de lägger mindre vikt än tidigare vid vad andra människor tycker.

Temat innehöll vidare upplevelser av att kunna integrera både positiva och negativa egenskaper:

... min självkänsla var körd i botten. Det visste jag inte ens vad det var för något innan jag började men nu känner jag mig ändå liksom, ja... Hel. Även om det kanske låter klyschigt men det är... Jag känner mig hel ... med massa olika egenskaper som går ihop.

Majoriteten av deltagarna beskrev en ökad benägenhet att själva uppfatta och lita på de positiva omdömen som andra kommunicerar:

... jag har väl lättare också att ta emot positiv feedback nu om någon säger någonting. Det är inte bara att jag: "Mmm ...", så liksom, utan jag kan låta det sjunka in och tänka: "Ja, men jag gjorde nog det, det var nog bra. Det kändes helt okej". Att tillåta mig själv att

faktiskt känna mig bra.

Samtliga deltagare beskrev en medvetenhet om sina svårigheter och att det finns sätt att hantera dessa, vilket gör upp- och nedgångar i livet mindre dramatiska och svåra:

Ja, och så kommer det alltid att vara, det är ju det där känslomässiga. Men jag har ju alltså lärt mig att hantera ... Jag går ju inte och skadar mig nu för att jag har en dålig dag till exempel, så det är ju stor skillnad på hur jag var då och hur jag är nu.

Flera deltagare uttryckte ett behov av balans i tillvaron, och att de nu har bättre förutsättningar för att se hur mycket de klarar av och att hålla tillbaka om det fanns risk för att bli överväldigad: "... nu inser jag att man behöver inte slå på full kraft i 100 % i en riktning, utan det är lugnt att man hamnar någonstans mitt emellan". Denna insikt beskrevs av flera deltagare ha lett till att de sänkt kraven på sig själva och numera anpassar aktiviteter i vardagen efter sitt aktuella mående.

Inre kontroll. Upplevelser av ökad kontroll över tankar och känslor beskrevs ha bidragit till att det blivit lättare att hålla tillbaka nedstämdhet och suicidtankar, att vara lugnare och mer balanserad både i humöret och i tankar om sig själv. En deltagare beskrev sin förmåga att kunna låta starka känslor vara i stunden istället för att låta dem styra, "... det är så här, extremt negativa känsloupplevelser, att liksom försöka lämna dem istället för att vara helt utelämnad till dem".

Samtliga deltagare beskrev att de i dag inte längre hanterar sin ångest med hjälp av självskadebeteende. Även om några deltagare beskrev att det ibland kan kännas outhärdligt och att de fortfarande periodvis kan ha suicidtankar, så kan detta tolereras i högre utsträckning.

Tankar om framtiden. En vilja att leva och att kämpa för livet beskrevs av flera deltagare, och flera uttryckte att det faktum att de alls kunde se en framtid för sig själva kändes mycket stort:

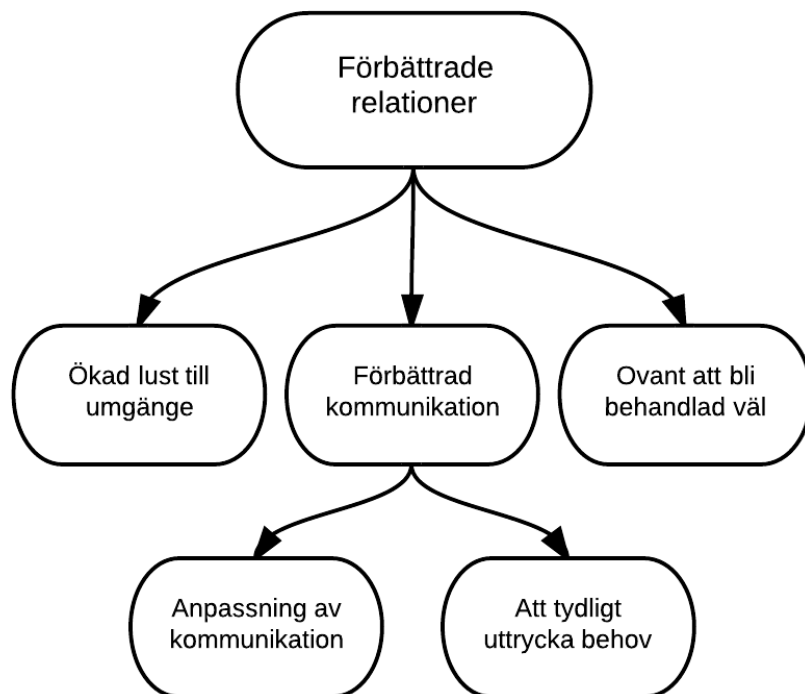
Jag ser en framtid. Inte bara livet jag lever, utan jag ser en framtid och det är det jag har uppmärksammat på sista tiden när jag har börjat tänka på vad jag ska göra nu. ... Det

fattade jag bara för någon månad sen, att: ”Shit, livet går ju vidare och det här funkar ju liksom, jag mår ju bra!”

Saker som inte tidigare känts möjliga beskrevs nu som möjligheter eller realiteter, exempelvis att arbeta, fortsätta utbilda sig, att vara en bra förälder eller att ha fungerande relationer. En deltagare berättade att tidigare rädslor för misslyckande avtagit och givit plats åt en ny syn på de egna möjligheterna.

Förbättrade relationer efter DBT

Samtliga deltagare beskrev förbättrat interpersonellt fungerande, med nya kommunikativa förmågor och en förändrad inställning till samspel med andra. I deltagarnas beskrivningar av relationer i dag kunde temat *Förbättrade relationer efter DBT* urskiljas, med tre underteman: *Ökad lust till umgänge*, *Förbättrad kommunikation* och *Ovant att bli behandlad väl*. Undertemat *Förbättrad kommunikation* innehöll ytterligare två teman: *Anpassning av kommunikation* och *Att tydligt uttrycka behov*.



Figur 6. Relationella erfarenheter under och efter DBT.

Ökad lust till umgänge. Majoriteten deltagare gav uttryck för att jämfört med tidigare nu vara mindre negativt inställda till andra människor och att i högre grad söka kontakt och umgänge med andra:

...nu har jag precis börjat hämta igen det och blir helt så här förvånad över: "Shit, jag drog igång en bokcirkel!", och typ... Ja, men började skapa nya bekanskap, eller nya sammanhang och blev jätteförvånad själv, för plötsligt började det hända.

En annan deltagare berättade:

Så nu när jag känner att jag mår bra och sådant så är det ju inga problem att umgås med folk. Nu är det snarare tvärtom att jag är sällskapssjuk och ja, det går bra. Det går väldigt bra faktiskt.

Förbättrad förmåga till kommunikation. Flera av deltagarna beskrev förbättrade kommunikativa förmågor i termer av ökad eftertänksamhet, bättre förutsättningar för att tona ned starka känslor, att ta andras perspektiv och att anpassa sin kommunikation till mottagaren.

Anpassning av kommunikation. En deltagare beskrev hur insikter i hur hon själv fungerar innebär att hon kan förstå sina egna reaktioner och anpassa sin kommunikation därefter:

Jag försöker tänka på vad jag säger och det är också en sådan sak, för att är man impulsiv och har svårt med känslor kan du... Om någon säger någonting som är sårande, att jag... Ja, men det att jag observerar lite vad som händer och att man... Oftast måste jag tänka att oftast ligger det hos mig; att jag är sårbar och ursäktar dem lite för att andra kanske inte skulle reagera så starkt som jag gör, att deras ord kan vara som att de kastar en pil på mig och jag svarar med en känsla, men nu kan jag inte svara med en känsla utan jag måste svara Wise Mind. Då måste jag begrunda vad det är som händer.

En viktig insikt i relationer i dag, beskrevs vara att det nu finns strategier tillgängliga när

det blir jobbigt och att det är lättare att ”veta hur man ska uppföra sig” även när starka känslor aktiveras, eftersom det går att tänka kring den andra personens perspektiv. En deltagare berättade:

Skulle det komma upp någon konflikt eller någonting så går jag inte igång och börjar argumentera utan jag släpper det lättare, eller: ”Ja, men det får stå för den personen.” Det är inte alls lika så, alltså stormigt. Jag kan umgås med folk utan att få vredesutbrott.

Att tydligt uttrycka behov. Flera deltagare pekade på en ökad benägenhet att i såväl nära som ytliga och vardagliga relationer delge sina behov till andra och kunna uttrycka hur de mår och vad de tycker, med en samtidig acceptans för att andra inte alltid möter behoven eller delar deras åsikter. En deltagare berättade om effekter som dessa förändringar fått:

... jag märker att eftersom jag själv har blivit tydligare med det så har också familjen blivit tydligare med det. ... Det blir liksom inte att man går runt och surar ... Så det har ju också blivit bättre. DBT har ju inte bara förändrat mig, det har ju liksom skett förändringar även i familjen, även om inte de ser det så tror jag.

Att kunna vara tydlig i relationer beskrevs ge positiva effekter i de flesta fall, men att tydligheten inte uppskattas av alla i omgivningen. Dock beskrevs ett accepterande förhållningssätt till detta, och förmåga att validera de andras upplevelser:

...för dem är det ju jättejobbigt att jag helt plötsligt har, liksom, blivit tydligare med att säga ifrån och att: ”Nej, jag håller inte med!” ... Så de tycker ju säkert att jag förändrats till det sämre för att jag inte är den här snälla tysta som tar emot allting, men samtidigt känner jag att: ”Ja, men jag mår mycket bättre med det här, då får de vara med någon annan som ...” Så alla relationer har ju inte blivit bättre men ... det får vara så ett tag, de behöver kanske också tid på att förändra sig.

Flera deltagare upplevde nya sätt att relatera till kärlekspartners jämfört med tidigare, att sådana relationer nu kännetecknades av att försöka hantera svåra situationer tillsammans om de

uppstod och att försöka undvika missförstånd. En deltagare som beskrivit hur hon tidigare haft mycket svårt för att vara utan sina partners berättade hur det kan se ut idag:

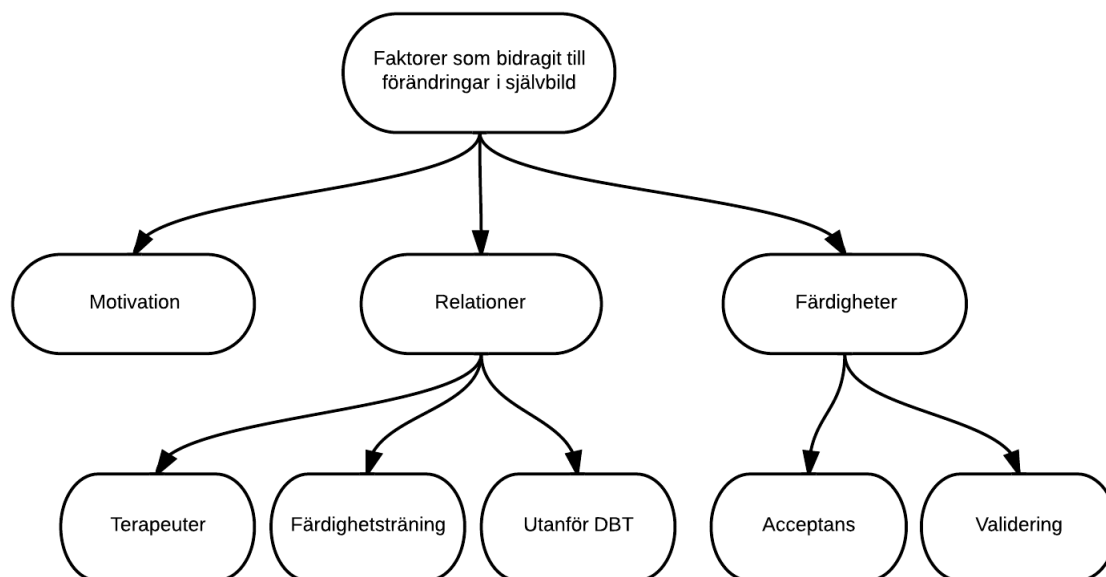
Sedan självklart kan jag tycka att det är jobbigt ibland om han ska ut och festa och jag inte ska med, jag kan vara svartsjuk. Det är jag. Men då, då jobbar vi på det liksom, att han ringer om han ska någon annanstans, om han ska från ett ställe till ett annat, och så har jag förberett mig med lite godis och en film liksom och så har jag telefonen så att jag kan ringa och prata med min syster eller. Alltså så här, att man får förbereda sig och planera lite.

Ovant att bli väl behandlad. Majoriteten deltagare beskrev att kärleksrelationer överlag blivit bättre, men att det också kan vara svårt att hantera andras positiva bemötanden då negativa förväntningar som finns med sedan tidigare inte infrias.

[Pojkvän] har nog varit viktigast, tror jag, för det var plötsligt en person som behandlade mig bra, plötsligt en person som inte bara ville ligga med mig när han träffade mig.... Alltså, det var svårt att veta vad som förväntades av mig. ... Att den här sexuella biten inte förväntades av mig liksom, det var konstigt. Jag behövde inte göra någonting. Om jag inte kände för det så kunde jag låta bli och han skulle inte bli arg. Det låter så himla självklart, men det var inte det.

Faktorer som bidragit till förändringar i självbild

Faktorer som bidragit till förändringar i självbild innefattade tre teman: *Motivation, Relationer och Färdigheter*. Relationstemat innehöll vidare tre underteman: *Relationer till individualterapeuter, Relationella erfarenheter från färdighetsträningsgruppen* samt *Relationer utanför behandlingen*. Temat *Färdigheter som utvecklats i DBT* har bidragit till förändring innehöll två underteman: *Acceptans* och *Validering*.



Figur 7. Faktorer som bidragit till förändringar i självbild.

Samtliga deltagare beskrev hur tiden i DBT bidragit till förändringar i hur de tänker om sig själva och andra, och att behandlingen inneburit att de lärt känna sig själva och sina egna behov bättre. Deltagarna beskrev interpersonella relationer till såväl behandlare som medpatienter under behandlingstiden som viktiga och bidragande till förändring. De färdigheter som utvecklats i DBT upplevdes ha givit ökad förmåga att hantera livets upp- och nedgångar.

Flera deltagare beskrev sin upplevelse av behandlingsprogrammet som genomtänkt och välstrukturerat: ”DBT funkade ju för att det var en helhet, och ett mycket välplanerat program som innehöll allt det här. Visst, man kan få med sig bitar, men de goda resultaten bygger ju på hela konceptet.”

Förändringsmotivation. Behandlingsmotivation och vilja till förändring var områden som berördes av samtliga deltagare. DBT beskrevs som en krävande behandling där vilja och personligt engagemang är avgörande för ett positivt utfall:

Man kan leda någon ner till vatten men man kan inte tvinga den att dricka. Vem som helst kan få terapi Du kan inte bli hjälpt om du inte vill ha hjälpen DBT är så jävla mycket, det är en så stor satsning för det är så krävande, det är så fruktansvärt

krävande av individen om man vill klara det. Du kan gå i DBT utan att ta åt sig, utan att ta det till sig och då blir man ju inte hjälpt. Och då får man ju inte ut någonting av det, så att jag tror att det är att jag satsade; jag gav livet en chans till.

Flera av deltagarna beskrev partners eller barn som motivation för att fortsätta leva och förbättra sin situation. I samtliga intervjuer betonades både behandlarnas engagemang och den egna rollen i förändringsarbetet. En deltagare förklarade: ”... antingen så lever man kvar i lidandet och blir ett offer eller så får man bryta det och försöka kämpa och bli stark, starkare.” Flera deltagare uttryckte att de tidigare prövat många behandlingar och att de såg DBT som en sista utväg. Behandlingsmetoden i sig beskrevs som motiverande, eftersom det var den första terapiform som majoriteten deltagare upplevde passade dem och fungerade:

Det låter kanske knäppt men som folk bara, när folk säger att de har hittat gud, plötsligt så var det bara där. Så kände jag, det var bara helt... Inte att jag var frälst eller att det var gud men att det var tilltal som bara, helt... Som passade mig. Där det inte skavde. Ingenting skavde, och allt annat i hela världen skaver.

Relationer har bidragit till förändring. Samtliga deltagare beskrev behandlarrelationer i positiva ordalag och flera deltagare berättade om hur en personlig stämning i behandlingen bidragit till att de inte upplevt sig utsatta av eller i underläge gentemot behandlarna:

Jag kände inte mig som en, vad ska man säga, patient, jag var liksom inte i underläge utan vi var ändå, vi satt ändå och pratade. Jag visste ju att de kunde ju liksom mer om det här än vad jag, men jag kände inte mig som en liten person utan jag var ju ändå en viktig del i behandlingen också.

Att ha en uppfattning om vilka behandlare som ingick i behandlingsteamet och en upplevelse av kontinuitet i kontakten med behandlare beskrevs av flera deltagare som förutsägbart och tryggt. En deltagare poängterade behandlingskontraktets betydelse: ”Just det här att man faktiskt binder sig ... Man skriver kontrakt och man ska liksom fullfölja och man vet att de är där, liksom, hela tiden.” Den stora satsning som behandlingsarbetet innebar även för

terapeuterna, bidrog till deltagares upplevelser av att deras svårigheter togs på allvar och att det fanns en genuin vilja att hjälpa. En deltagare uttryckte det på följande vis:

... det var ju också en stor trygghet att folk tog mig på allvar och tog mig på riktigt, att folk brydde sig. De ville hjälpa mig, och eftersom den bilden jag hade av mig själv inte var positiv så behövdes det nog för att inse att mitt liv var viktigt. Det var nog det bästa.

Terapeuters förmåga att förmedla medmänsklighet och värme samtidigt som de ställde hårda men rimliga krav på deltagarna, beskrevs av flera som motiverande. Två deltagare betonade vikten av att behandlare förhåller sig flexibla och lyhörda för patienternas behov i stunden.

Relationer till individualterapeuter. Flera deltagare härledde direkt förändringar i hur de tänker om och behandlar sig själva till individualterapi och nära relationer till terapeuterna. Individualterapi sågs som en möjlighet att utan skam eller skuldbeläggande ta upp sådant som upplevdes personligt. Majoriteten av deltagarna beskrev följande förmågor hos terapeuterna som viktiga i individualterapi: ett icke-dömande förhållningssätt; förmåga att lyssna, tydligt bekräfta upplevelser och aktivt förmedla förståelse; att belysa förändringsbehov och motstridiga känslor; samt att uppmuntra eller belöna behandlingsframgångar:

Ja, men hon hade ju DBT-tänk och hon validerade mig och kunde sätta sig in i och förstå, och de andra som är psykologer satt ju bara tysta ju typ och så skulle jag prata. Alltså, de har ju olika arbetssätt. Så det funkade ju bäst för mig Hon gav ju mig tips och råd och hon kunde ibland sätta, alltså om det stod stilla så kunde hon liksom fylla i, alltså precis som, precis som hon visste hur jag kände eller så.

En deltagare menade att terapeutens genuinitet och villighet att sätta relationen före arbetsplatsens regler varit betydelsefullt i behandlingen:

... när jag kom dit var det alltid så här: Hon gick ner i fikarummet och hämtade en fralla och liksom, så får man inte göra. Det var ju personalrummet och

[sjukvårdsorganisationen] och liksom ... Och det var så jävla skönt, hon bara: "Äh, vi skiter i det!", liksom. ... Det var så betydelsefullt, att hon sket i [sjukvårdsorganisationen] och visste att våran relation var viktigare, och att jag fick i mig en macka för att vi skulle överhuvudtaget kunna ha terapi. Så tog hon risker för min skull, som var ... Som var rimliga och berättigade, och jag gillade verkligen det.

Flera av deltagarna lyfte fram möjligheten att vid behov ha telefonkontakt med terapeuter som viktig, dels för upplevelsen av att terapeuten alltid fanns tillgänglig för att ge konkreta råd, dels som ett stöd i att själv hantera en krissituation. En deltagare berättade:

... man hade liksom verkligen stöd dygnet runt och det var många gånger som jag hade tänkt ringa som jag inte behövde ringa, för jag visste att hon fanns där och: "Vad skulle [terapeuten] sagt i den här situationen?", istället för att ringa henne, men det fanns ändå. Det var nog det bästa, telefonkontakten, för det var verkligen trygghet.

I förberedelser och samtal om behandlingens successiva avslutande, som flera deltagare uttryckte att de oroat sig inför, beskrevs terapeuternas validering av sådana rädslor i kombination med att de förmedlade tilltro till deltagarnas förmåga att stå på egna ben, som bidragande till att deltagarna när avslutet var ett faktum kände sig redo:

Det blev liksom glesare och glesare så att jag fick ändå tid på mig att känna på hur det var att stå på egna fötter... hon läste ändå av att, liksom jag kände själv att det börjar bli dags: "Jag känner mig redo." Så det var inte bara att jag släpptes och så var det bra liksom.

Relationella erfarenheter från färdighetsträningsgruppen. Flera deltagare beskrev hur färdighetsträningsgrupperna gett tillfälle till erfarenhetsutbyte med andra och gjort det tydligt att de inte varit ensamma om sina svårigheter. Deltagande i färdighetsträningen innebar också möjlighet till stöd från färdighetstränare och medpatienter. En deltagare berättade:

Man får ju mycket validering från gruppen också, att man berättar någonting man har

gjort och de andra patienterna, de säger liksom: "Wow, men klarar du det?! Det hade jag inte gjort." och lite såna grejer. Det har varit viktigt."

Två deltagare beskrev fördelar de upplevt med heterogena färdighetsträningsgrupper:

... färdighetsträningen var ju också skön, där man satt med andra som också hade svårigheter där man kände att: "Wow, men vi är ju väldigt olika varandra". Det var också skönt att se att vi var så himla olika varandra men vi har ändå ungefär samma problematik.

Relationer utanför behandlingen. Flera deltagare beskrev hur en ny partner bidragit med såväl motivation för förändring som stöd under behandlingstiden, och att relationen till en partner som förmedlade förståelse och respekt utgjorde en ny erfarenhet. Två deltagare beskrev föräldraskapet som en starkt motiverande faktor att förändras. Oavsett om det rörde sig om relationen till en partner eller till sina barn, beskrevs hur nödvändigheten att relatera till någon annan och att fokusera på gemensamma behov bidragit till förändring.

Färdigheter som utvecklats i DBT har bidragit till förändring. Samtliga deltagare uttryckte i generella ordalag att färdigheter de utvecklat i DBT varit dem till hjälp; att de lärt sig strategier för att hantera svåra situationer, tankar och känslor, förbättrat relationella och kommunikativa förmågor, och fått en ökad förmåga till impuls kontroll.

Acceptans. Samtliga deltagare beskrev acceptansbaserade strategier de lärt sig i DBT som bidragande till ökad förmåga till emotionsreglering och förbättrat interpersonellt fungerande. Majoriteten deltagare härledde positiva förändringar i självbild till upplevelser av att lättare kunna hantera och kontrollera obehagliga känslor och svåra situationer. Flera deltagare beskrev att förmågan att hantera obehag tilltog under behandlingens gång:

...det var spännande att se hur en mindfulnessövning kan liksom ja, få i gång känslor eller ja, få i gång tankar eller påverka väldigt mycket. Sedan märkte man ju också skillnad på hur långt man hade gått i träningen. Mot slutet var det liksom inte så, då kunde man

släppa det rätt så snabbt, men i början så märkte jag att det drog i gång och man visste inte riktigt vad man skulle göra av känslorna.

Flera deltagare benämnde konkreta metoder som de även efter avslutad behandling använt sig av i vardagen för att hantera påfrestande situationer. En deltagare berättade om acceptansstrategin Radikal acceptans:

Radikal acceptans pratade vi jättemycket om och det är också en färdighet som är väldigt användbar ... Just att acceptera det som man liksom inte kan förändra just nu, det har också gjort att stressen har minskat väldigt mycket, att liksom: ”Ja, men nu är det så här. Vi kan inte göra någonting åt det just nu.” och sen kan man liksom jobba med det senare. Att liksom acceptera nu på något sätt.

Validering. Flera deltagare förknippade förmågan till självvalidering med förändringar i självbild och bättre möjligheter att själva parera återfall till allvarlig problematik, däribland självskadebeteenden och suicidtankar. Ökad förmåga och benägenhet till självvalidering bidrog till upplevelser av att kunna observera och bättre förstå sig själv och det egna känslolivet och att värdera känslor som rimliga och berättigade, med en samtidig förbättrad kontroll över egna känslor och tankar. En av deltagarna berättade om sina erfarenheter:

... man bekräftar sig själv. Till exempel: Om jag är ledsen en dag så kan man tänka: ”Ja, men varför blir jag ledsen?” Så tänker man i cirklar bak: ”Vad är det som har lett till att jag sitter här nu och är ledsen med gråten i halsen?” Om jag inte hade självvaliderat mig själv så kanske jag hade börjat gråta och då skulle det blivit jobbigt för alla liksom. Och självvalidering ökar ju också min själv ... Ja, ändrar min självbild till något positivt och då får jag mer förståelse för vad det är som händer egentligen, att man får tillbaks kontrollen lite i stället för att bara sitta tafatt och bli ledsen.

Förmågan till självvalidering förknippades med en ökad benägenhet hos deltagare att uttrycka ståndpunkter och behov till andra och att i lägre grad värdera det egna beteendet utifrån föreställningar om andras bedömningar, med en samtidig ökad benägenhet att validera sin

omgivning; färdigheter som fick positiva effekter på interpersonellt fungerande:

... det tror jag nog att det har betytt jättemycket för mig att faktiskt få, även om andra då kanske säger att: ”Nä, så var det inte!”, så kan jag hänvisa till att: ”Ja, men jag tyckte att det var så”, och att jag faktiskt vågar säga att det var så och inte bara trycker undan det längre, och det gör ju också att jag kan se liksom, att ta emot andras upplevelser på ett annat sätt.

Flera deltagare berättade att de upplevde att färdigheter de utvecklat i behandlingen skulle finnas kvar och komma till användning under återstoden av livet. Två deltagare poängterade dock att färdigheter kan behöva hållas levande och ibland repeteras för att inte falla bort.

Övriga teman

Delar av materialet kunde inte införlivas i de redan existerande kategorierna. Dessa induktiva koder sammanfördes under temat *Ambassadörskap*.

Ambassadörskap. Ett tema som återkom i samtliga intervjuer var viljan att berätta om DBT för andra eftersom det fungerat väl för en själv. Flera deltagare uppgav som skäl till sin medverkan en önskan att sprida information om DBT, med förhoppningen att kunna hjälpa andra:

Det jag vill är att folk, läkare och liksom ... ska få upp ögonen för att detta terapiformen är den som hjälper folk som är riktigt illa där. I stället för att man tar livet av sig så kan man få hjälp, och om man har sett att det har hjälpt andra folk som har borderline så kan man få en gnutt hopp om livet, för ofta känns det ju hopplöst och man är självmordsbenägen men om man då kan få lite hopp om att: ”Ja, men jag testat det här för det kanske funkar” och så funkar det, för det var så det var för mig. ... för att vem vet vem den når ut till, om det är kanske nån som vill, så googlar de och så får de upp er, man vet inte vem som kan bli hjälpt.

Flera deltagare uttryckte att de själva skulle kunna tänka sig att arbeta med DBT i framtiden. Två deltagare hade redan varit ute och informerat om behandlingsformen i olika sammanhang och flera upplevde att de använde sina kunskaper för att hjälpa folk i sin omgivning när det behövdes.

Diskussion

Resultatdiskussion

I föreliggande uppsats undersöktes tidigare DBT-patienters upplevelser av behandlarrelationer, eventuella förändringar i självbild och vilka faktorer som upplevts ha bidragit till sådana förändringar. I resultatet framgår att deltagarnas självbilder och syn på framtiden varit mycket negativa, att betydande interpersonella svårigheter varit vanliga och att andras bemötande ofta upplevts som negativt innan behandling. Efter avslutad behandling hade deltagarnas självbilder och syn på framtiden nyanserats och förändrats i positiv riktning. Deltagarna rapporterade vidare förbättrade relationer och utvecklade kommunikativa förmågor. De faktorer som identifierats som bidragande till förändring var behandlingsmotivation, relationer i och utanför behandling, samt färdigheter som utvecklats i DBT.

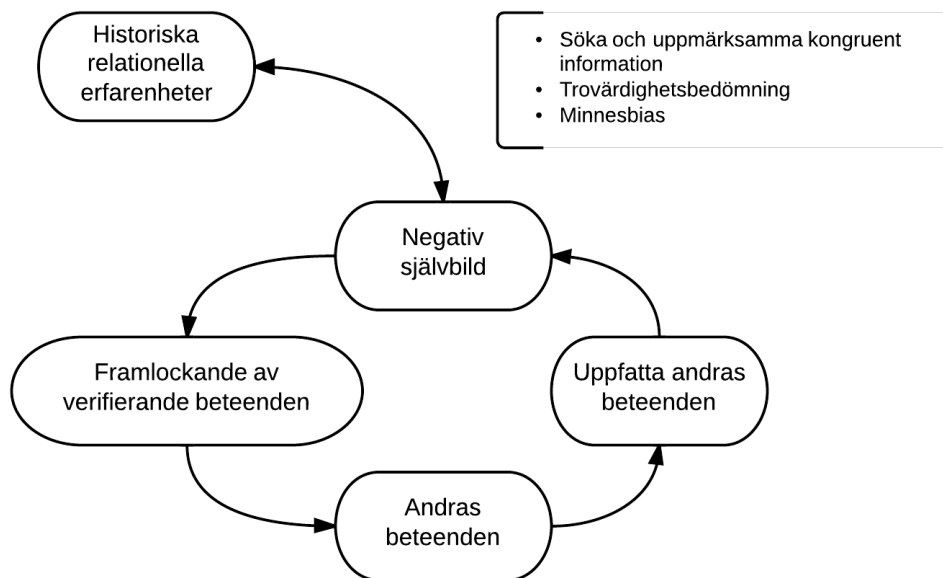
Nedan presenteras en diskussion förankrad i uppsatsens litteraturoversikt och de aktuella resultaten sätts i relation till tidigare forskning. Särskild uppmärksamhet riktas mot möjligheten att förstå effekter på förändringar i självbild under och efter DBT utifrån självverifieringsteori (Swann, 1983).

Generella symptom. Studiens deltagare beskrev varierade och individspecifika symptom och svårigheter, fynd som korresponderar med beskrivningar av BPD som ett heterogent konstrukt (Hopwood, Donnellan och Zanarini, 2010). Deltagarna rapporterade även flera likartade upplevelser som innefattade för BPD karaktäristiska svårigheter på affektiva, interpersonella, kognitiva och beteendemässiga funktioner (American Psychological Association, 2013). Studiens resultat visar att deltagarna hade övervägande negativa känsloupplevelser, svårigheter i relationer, negativ självbild och få tankar om framtiden innan behandling med DBT. Samtliga deltagare rapporterade också olika former av självska debeteenden och majoriteten delgav att de gjort minst ett suicidförsök.

Negativ självbild. Miller (1994) fann, i motsats till kliniska beskrivningar av patientgruppen, att det BPD-patienter rapporterade stabila men negativa självbilder. Resultatet i föreliggande studie tyder på förekomst av både det som kan beskrivas som instabil eller otillgänglig självbild och en klar, men negativ, bild av det egna självet. Svårigheter att beskriva sig själv kopplades särskilt till stunder då deltagare upplevt sig må sämre än vanligt, något som skulle kunna tolkas som tendenser till tillfälligt instabil självbild under sådana episoder men inte nödvändigtvis som ett bestående drag i borderlineproblematiken. Millers (1994) intervjupersoner beskrev vidare upplevelser av kronisk nedstämdhet snarare än affektiv instabilitet, även detta i kontrast till gängse symptombeskrivningar. I föreliggande studie rapporterade samtliga deltagare nedstämdhet eller depression som betydande delar av symptombilden, men det fanns också stöd för plötsliga svängningar mellan positiva och negativa upplevelser som kännetecknande för deltagarnas inre liv. Dammann et al. (2011) såg i en studie tendenser till positiva beskrivningar av själv men negativa beskrivningar av känsloupplevelser hos BPD-patienter och dessa fynd överensstämmer delvis med de aktuella resultaten, där övervägande negativa känsloupplevelser framkom. Gemensamt för samtliga deltagares beskrivningar av sig själva innan behandling var låg självvärdering och negativ självbild.

Upprätthållande av negativ självbild ur självverifieringsperspektiv. Ett perspektiv som kan användas för att förklara och binda samman identitetsproblematik och interpersonella svårigheter vid BPD är självverifieringsteori (se exempelvis Swann & Bosson, 1998). När självbilden verifieras och känslor av att vara övervägande dålig och ond bekräftas, uppstår svårigheter för individen att upprätthålla fungerande och konstruktiva relationer med andra, men problem uppstår även då självbilden motsäges eftersom det skapar ångest och otrygghet. Linehans (1993) biosociala teori postulerar att en invaliderande miljö efterhand internaliseras och leder till fortsatt inre invalidering av det egna självet, till exempel i form av ifrågasättande av de egna upplevelserna. I självverifieringsteorin är självbilden utgångspunkt för förutsägelser om omvärlden och upplevelser av kontinuitet i tillvaron, något som motiverar upprätthållande även av en starkt negativ självbild. Invaliderande upplevelser som genom samspel med andra integrerats i personligheten skulle enligt teorin vägleda individen till både inre och yttre beteenden som verifierar en negativ självbild. Figur 8 illustrerar hur en negativ självbild kan

upprätthållas via självverifiering.



Figur 8. Upprätthållande av negativ självbild via självverifiering.

De aktuella resultaten kan tolkas som att deltagare tenderat att verifiera negativa självbilder, exempelvis genom självkritik och fördömande av den egna personen eller genom att söka sig till destruktiva relationer där negativa självbilder verifierats. De negativa värderfarenheter studiens deltagare rapporterat kan också ses som sammanhang i vilka verifiering av en negativ självbild kunnat äga rum, då tankar om att vara till besvär, egentligen inte vara värd behandling eller att alls kunna få hjälp, har upplevts bekräftade av vårdpersonalens bemötande. Också beskrivningar av att ha väckt andras uppmärksamhet genom att agera ut negativa känslor kan betraktas som sätt att locka fram självbildskongruenta beteenden från andra.

Beskrivningar av att ha mått dåligt så länge en kan minnas och att ha blivit van vid negativ behandling, skulle utifrån Fuchs (2007) och Swanns (1983) resonemang om hur minnen påverkar bearbetning av social information begränsa vilka tolkningsmöjligheter som finns tillgängliga. Neutral eller tvetydig social information påverkas under sådana förutsättningar av negativa bias, och informationen upplevs bekräfta den negativa självbilden. Deltagares beskrivningar av att lättare ta till sig andras negativa omdömen, kan så förstås som sätt att inhämta självbildskongruent information för att upprätthålla en känsla av sammanhang som bidrar till upplevelser av en tryggt otryggt tillvaro. Resultatet antyder att samspel med andra ofta

var ansträngande, vilket kan tolkas som att upplevelser av att bli negativt bemött visserligen varit välbekant, men plågsamt, samtidigt som positiva bemötanden, inkongruenta med en stabilt negativ självbild, upplevts som otrygga. Att, som några av studiens deltagare, söka undvika sociala sammanhang kan ha lett till att den egna negativa uppfattningen fått stort utrymme och således förstärkts.

Symptomlättnader och förändrad självbild. Studiens deltagare upplevde symptomlättnad på samtliga fyra funktionsområden som i litteraturen förknippas med BPD. Samtliga rapporterade ökad förmåga till emotionsreglering, förbättrade relationer, positiva förändringar i självbild och att självskadebeteenden eller suicidhandlingar ej längre förekommer. Dessa symptomlättnader innefattar båda de symptomkategorier, akuta såväl som temperamentella, som beskrivits av Zanarini et al. (2007). DBT har kritiserats för att fokusera alltför snävt på akuta symptom (Scheel, 2000), och Zanarini et al. (2007) har uttryckt farhågor kring att ett sådant fokus lämnar litet utrymme för temperamentell symptomreduktion. Föreliggande studies resultat tyder dock på minskning även av temperamentella symptom efter behandling med DBT; ett resultat som ligger i linje med de positiva förändringar i aspekter av självbilden hos DBT-patienter som rapporterats av Bedics et al. (2012) och Roepke et al. (2011).

Symptomlättnader på ett område kan tänkas ge effekter också på andra områden. I DBT kan färdigheter som förvärvats antas bidra till en upplevelse av ökad agens, med positiva effekter på självbilden. Att ha tillgängliga strategier för att hantera till exempel impulsivitet och att framgångsrikt utnyttja dessa strategier kan, enligt ett resonemang fört av Lynch et al. (2006), utifrån självperceptionsteori antas påverka benägenheten att upprepa detta beteende och på sikt förändra hur individen tänker om och känner inför sig själv i den givna situationen; erfarenheter som sedan kan komma att generaliseras.

I resultatet framkom att benägenheten till dikotomt tänkande avtagit betydligt hos deltagarna och att de på ett mer nyanserat vis relaterar till sig själva, något som även kan ses i de nya perspektiv på framtiden som rapporterades. En av grundtankarna i DBT är att patienten skall utveckla förmågan att syntetisera två motsägelsefulla positioner och på så vis kunna uppleva sig själv som en person med positiva och negativa egenskaper, styrkor och svagheter, samtidigt (Linehan, 1993). Detta fenomen går att applicera även utanför självet, på situationer som då kan förstås i sitt sammanhang snarare än som kontextlösa och absoluta. Fuchs (2007) beskriver det

narrativa självet som ett sätt för individen att skapa förståelse för sig själv och sin omgivning, och vidga referensramen vid tolkningar av nya situationer. Utifrån ett självverifieringsperspektiv kan förmågan till nyansering ses som en möjlighet att betrakta de relationella erfarenheter som ligger till grund för en negativ självbild under mindre påverkan av negativa bias, vilket möjliggör att livsberättelsen blir kompatibel även med en mer positiv självbild.

Förbättrade relationer. Studiens resultat pekar på att den behandling som deltagarna genomgått har fått betydande positiva effekter på interpersonellt fungerande. Miller (1994) har framhållit socialt stöd som en av de viktigaste faktorerna för symptomreduktion, något som kan antas gälla även för återfallsprevention. En behandlingsform riktad mot BPD innehåller därför med fördel interventioner särskilt utformade för att stärka patientens relationer både i behandlingen och utanför mottagningen, något som tagits fasta på i både MBT och DBT som är behandlingar i vilka patienten utvecklar både förmågan till perspektivtagande och kommunikativa strategier (Fonagy & Bateman, 2007; Linehan, 1993).

Benägenheten att i högre utsträckning uppfatta andra som nyanserade kan, tillsammans med de ökade förmågor till perspektivtagande som studiens deltagare beskrivit, ha bidragit till att relationer upplevs mindre komplicerade och att konflikter blivit lättare att hantera. Deltagarna rapporterade att de efter behandling i högre utsträckning anpassar sitt sätt att kommunicera efter mottagaren, och att de tydligare meddelar andra sina gränser och behov. Sammantaget tycks dessa förmågor ha bidragit till att missförstånd kan undvikas, inte minst i nära relationer, och en större benägenhet hos omgivningen att tillmötesgå de önskemål som kommuniceras. Utifrån ett självverifieringsperspektiv kan en förbättrad självbild antas bidra till fler konstruktiva och funktionella beteenden, vilka underlättar samspelet med andra.

Ett av de postulat som självverifieringsteorin ställer, och som belagts empiriskt (Swann & Read, 1981a; 1981b), är att människor tenderar att locka fram beteenden från andra som bekräftar självbilden. De behandlingsframgångar i termer om förbättrade relationer som rapporterats i resultatet, kan utifrån detta perspektiv beskrivas som att deltagarna, parallellt med positiva förändringar i självbild, i större utsträckning har sökt upp situationer där ett positivt bemötande varit möjligt och att de i sådana sammanhang framkallat fler positiva responser från sin omgivning än tidigare, vilket i sin tur förstärkt och stabiliserat en mer balanserad och positiv självbild.

Faktorer som bidragit till förändringar i självbild. Nedan diskuteras faktorer vilka identifieras som bidragande till de förändringar i självbild som studiens deltagare rapporterat efter avslutad DBT.

Motivation. I resultatet beskrivs motivation som en viktig förutsättning för behandlingseffekt. Grad av motivation är också en av de patientfaktorer som ofta förknippats med behandlingsutfall (Sparks, Duncan & Miller, 2008). Fallon (2003) rapporterade i likhet med förevarande arbetes resultat, att patienter i behandling för BPD beskrivit stödjande partners som en starkt motiverande faktor för behandling. Även i beskrivningar av att det alternativ som upplevts stå till behandling varit suicid, finns likheter med Fallons (2003) studie.

Uppsatsens resultat pekar på att såväl upplevelser av agens, behandlare och behandlingsupplägg är viktiga faktorer som bidragit till behandlingsmotivation. Patientens egen roll för behandlingseffekt betonades i förhållande till kraven på aktivitet i DBT; att slutföra den krävande behandlingen beskrevs som en kamp för att bli starkare. Upplevelser av kontinuitet i behandlingskontakter, förutsägbarhet och trygghet tycks utgöra viktiga och motiverande aspekter av behandlingen. Även faktorer utanför behandlingen, som att bli förälder eller träffa en ny partner, tycks påverka både benägenheten att söka behandling och att fullfölja den.

Behandlares engagemang, förmåga att förmedla värme och samtidigt ställa rimliga krav, samt upplevelser av behandlingsmetoden som väl anpassad till de egna behoven var ytterligare viktiga faktorer för motivation och behandlingseffekt som identifierats i resultatet. DBT utgör ett tydligt strukturerat program och blivande patienter introduceras till såväl metodens syfte och mål som vad som under behandlingens gång förväntas av både patienter och terapeuter, innan ett explicit behandlingskontrakt skrivs. I Bordins (1979) definition av alliansbegreppet utgörs två av tre inbördes beroende komponenter av patientens och terapeutens samsyn kring behandlingsmål och metoder för att nå dessa, komponenter som den inledande kontakten i DBT tycks väl skickad att täcka in. Den tredje komponenten i Bordins alliansbegrepp, en känslomässig förbindelse mellan patient och terapeut, kan förväntas påverkas i positiv riktning om patienten uppfattar behandlingens mål och metoder i samklang med de egna förändringsbehov, och upplevelsen av känslomässig kontakt påverkar i sin tur uppfattningen om mål och metoder. I DBT poängteras terapeutens validerande förhållningssätt som en viktig komponent, vilken anses motivera fortsatt

behandling och motverka tidiga avhopp (Linehan, 1993; Bedics et al., 2012) och Elkin et al. (2014) visade att terapeuters responsivitet för patienters förmedlade lidande under tidiga sessioner utgör en viktig faktor i etableringen av en god allians. I en studie av Katsakou et al. (2012) fann författarna att grad av samstämmighet mellan terapeuter och patienter avseende behandlingsmål var en viktig aspekt som påverkade hur behandlingen upplevdes. Detta återkommer i föreliggande studies resultat, där lyhördhet, flexibilitet och förmågan att utgå ifrån den enskilda individen beskrevs som viktiga egenskaper hos individualterapeuter. Möjligheten att i terapin ta upp sådant som patienten själv ansåg viktigt uppskattades av deltagarna medan begränsade möjligheter kunde tolkas som att deras behov blev förbisedda, med negativa konsekvenser för upplevelsen av terapeuten och behandlingen som helhet. Detta kan förstås utifrån Gundersons (2007) beskrivning av BPD som karaktäriserat av en grundläggande hypersensitivitet mot avvisanden som kan medföra kraftiga reaktioner på negativa upplevelser, något som terapeuter som arbetar med patientgruppen rekommenderas uppmärksamma i behandlingsarbetet.

Resultaten i föreliggande arbete antyder att det sätt som behandlingsmetoden presenteras för och uppfattas av blivande patienter, det explicit formulerade behandlingskontraktet med både terapeuters och patienters åtaganden, såväl som terapeuters förmåga att tidigt ge prov på det validerande terapeutiska förhållningssätt som utgör en grundläggande beståndsdel i DBT, samtliga utgör motiverande komponenter inbyggda i behandlingsprogrammet. Möjligheterna att bereda patienter utrymme att beskriva egna, kompletterande målsättningar kan minska risken för alliansbrott och avhopp.

Relationer som förändringsfaktor. Balans mellan en tydlig struktur som ger förutsägbarhet i terapin och en tillräcklig flexibilitet för att kunna anpassa regler när det behövs, tycks vara viktiga aspekter av goda behandlarrelationer. Terapeutens validerande hållning har beskrivits fungera som en motvikt till de krav som ställs i DBT (Linehan, 1993) och en validerande hållning hos terapeuten har förknippats med positiva förändringar i patientens självbild (Cunningham et al., 2004; Hadjiosif, 2013), vilket skulle kunna begreppsliggöras som modellinlärning och patientens anammande av terapeutens förhållningssätt gentemot sig själv. I en studie av Bedics et al. (2012) med liknande fynd, beskrevs dessa tendenser som förändringar i

patienters introjekt⁶. Likartade resultat finns i förevarande uppsats, där en deltagare beskrev hur hon i svåra situationer kunde föreställa sig vad hennes individualterapeut skulle ha sagt, vilket minskade behovet av att faktiskt ringa terapeuten.

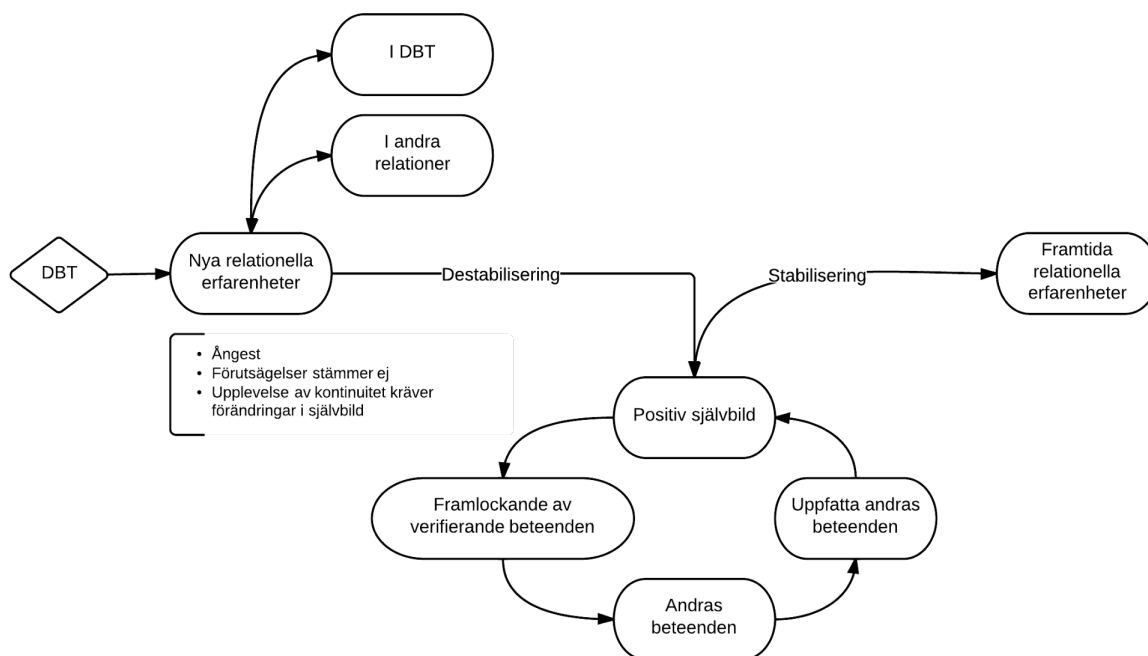
Resultatet innehåller beskrivningar av relationer i färdighetsträningsgrupperna som stödjande, och flera deltagare delgav att de uppskattade att få ta del av andras upplevelser av liknande problematik. Miller (1994) fann att få BPD-patienter använde sig av socialt stöd på grund av rädsla för avvisande eller upplevelser av att vara till besvär, vilket kan innebära hinder för en förändringsprocess. Färdighetsträningen i DBT utgör ett sammanhang där patienterna får möjlighet att dela och normalisera sina upplevelser. Socialt stöd i form av relationer till medpatienter i färdighetsträningsgruppen kan upplevas som ett tryggt forum för att berätta om sina svårigheter, då övriga deltagare kan antas ha närliggande erfarenheter. Färdighetsträningen kan även tjäna som ett sammanhang där relationer, kommunikation och perspektivtagande kan övas; färdigheter som sedan kan tillämpas utanför terapin.

Färdigheter som förändringsfaktor. Färdighetsträningen i DBT syftar till att förse patienten med strategier för att hantera vardagen. Föreliggande resultat antyder att acceptans, som är en viktig komponent i behandlingsupplägget (Linehan, 1993), upplevs som avgörande för deltagarnas förändringar. Utifrån ett självverifieringsperspektiv kan acceptans ses som en strategi för att hantera den ångest som väcks vid självbildsinkongruent information såväl inom som utanför behandlingskontexten. Acceptans också av egna negativa egenskaper och svårigheter kan bidra till att en mer balanserad bild av självet utvecklas, vilket i sin tur kan ge förutsättningar för ett mer balanserat förhållningssätt till omgivningen. De nya sätt att bete sig som lärs in under färdighetsträningen kan, utifrån samma resonemang, antas underlätta samspel med andra, ge nya relationella erfarenheter och öka sannolikheten både för att sådana beteenden och andras positiva responser på dessa upprepas.

Validering beskrevs av deltagarna som ytterligare en färdighet vilken bidragit till förändringar. Ökad förmåga till perspektivtagande både i förhållande till själv och andra kan antas motverka de negativa minnesbias som kan påverka tolkning av social information, och en mer nyanserad bild därför ge större frihet att agera utifrån faktiska omständigheter. Lynch et al. (2006) förknippar, i ett teoretiskt resonemang, en ökad benägenhet att validera både sig själv och

⁶ I studien beskrevs begreppet introjekt som inre beteenden riktade mot självet (Bedics et al., 2012).

andra med stabilisering av självbilden och förbättringar i förmågan till emotionsreglering.



Figur 9. DBT som sammanhang för nya relationella erfarenheter.

Relationella erfarenheter och förändringar i självbild. Resultaten antyder att en betydande del av de positiva förändringar som deltagare rapporterat efter DBT kan förknippas med goda relationer till behandlare. Dessa relationers bidrag till förändringar i självbild kan förstås som effekter av avvärjd verifiering av en negativ självbild med samtidigt understödjande av nya relationella erfarenheter. Stinson et al. (2010) har föreslagit att individer med låg självkänsla som frekvent konfronteras med inkongruent information över tid kommer att ändra uppfattning om sig själva. DBT kan med självverifieringsteorin (Swann, 1983) som utgångspunkt betraktas som ett sammanhang som både tillåter och kräver att patienter i behandlingsprogrammet gör nya relationella erfarenheter som kommer att förändra och balansera en starkt negativ självbild, tankegångar som illustreras i figur 9 ovan. Upprätthållande av en negativ självbild förutsätter att omgivningen svarar an på och agerar ut de verifierande beteenden som söks lockas fram, och att relationer där positiv information förmedlas avslutas eller är infrekventa. DBT rymmer i sitt behandlingsupplägg flera komponenter som utifrån både behandlingsmanualen och beskrivningar i resultatet verkar väl lämpade att parera sådan

verifiering av en negativ självbild. Behandlingskontraktet formaliserar de krav som ställs på patienterna, som förbinder sig att komma till avtalade tider och att vara aktiva under behandlingen (Linehan, 1993) och behandlingen är lång, vanligtvis minst ett år, vilket innebär att flera timmar varje vecka spenderas på mottagningen, i samspel med flera behandlare och medpatienter. Den inkongruenta information som tillhandahålls i DBT leder enligt detta resonemang till destabilisering av en negativ självbild, vilket kan vara påfrestande för individen då upplevelsen av trygghet och förutsägbarhet i tillvaron samtidigt minskar.

Behandlingsstrukturen kan dock anses utgöra ett ramverk som inrymmer förutsättningar att hjälpa patienten att hantera sådana påfrestningar konstruktivt. Efterhand leder frekvent positiv information i form av ett empatiskt och validerande förhållningssätt från terapeuter och medpatienter till att patienten, då verifierande negativ information uteblir, tvingas modifiera sin självbild, som i sin tur stabiliseras i takt med att positiva relationella erfarenheter ges större utrymme.

Sådana förbättrade kommunikativa förmågor och ökade benägenheter att validera både egna och andras upplevelser som rapporterats i resultatet kan, i kombination med att i mindre utsträckning söka sig till relationer där en negativ självbild kan verifieras men i högre utsträckning söka sig till sammanhang där positiva bedömningar förmedlas, antas leda till att även framtida relationer bidrar till att förstärka och stabilisera positiva förändringar i självbild.

Metoddiskussion

Uppsatsens kvalitativa ansats innebär begränsade möjligheter att uttala sig om resultatens generaliserbarhet till kontexter bortom den aktuella studien. Däremot kan en fördjupad förståelse för deltagarnas upplevelser erhållas, och resultaten kan utgöra vägledande bidrag till vidare forskning. Nedan följer utförligare beskrivningar av hur forskningsprocessen kan ha påverkat studiens validitet och reliabilitet.

Urval. Patientgruppen som diagnostiseras med BPD är heterogen (Hopwood, Donnellan & Zanarini, 2010). Diagnoskriterier kan kombineras på många möjliga vis, och symptomens art och grad inom de funktionsområden som kriterierna täcker in får antas variera i stor utsträckning. Att ställa BPD-diagnos som inklusionskriterium medför således att intervjumaterialet, särskilt vid ett litet urval, sannolikt kommer att rymma stor variation. Avsaknaden av exklusionskriterier

kan av samma anledning betraktas som en styrka, då det innebär möjligheter att få en bredd i materialet som kunnat gå förlorad med snävare inklusionskriterier. Dock bör här framhållas att samsjuklighet med annan psykiatrisk problematik är vanligt i patientgruppen (Zanarini et al., 1998), vilket kan innebära att upplevelser som i uppsatsen förknippats med BPD snarare kunnat kopplas till annan, samtidig, psykisk ohälsa.

Studiens deltagare rekryterades av tidigare behandlare som bedömde deras lämplighet och intresse för medverkan. Detta utgör en källa till selektionsbias som får förmodas ha begränsat de behandlingsupplevelser som fått utrymme i studien. Det är rimligt att anta att personer som har fullföljt DBT med goda behandlingseffekter, och som gärna vill berätta om sina upplevelser, har en mer positiv inställning till både behandlingsformen och sina behandlare, än personer som valt att avbryta sin terapi. Resultatet bör betraktas utifrån såväl rekryteringsprocessen som gett möjlighet för behandlare att presentera ett urval som rapporterar goda behandlingseffekter, som personliga motiv hos deltagarna att sprida information om DBT. Urvalet får så anses ha ökat möjligheterna att identifiera upplevelser av positiva förändringar i materialet.

Samtliga deltagare var kvinnor. Kvinnor utgör omkring 70% av de patienter som ges diagnosen BPD (Lieb et al., 2004), och urvalet var därmed inte representativt avseende patientgruppens könsfördelning. Detta får dock förmodas få obetydliga konsekvenser i förevarande arbete, givet uppsatsens syfte och de små möjligheter att generalisera resultaten som studiens ansats medger.

Två av sju kontaktade deltagare avbröt sin medverkan, vilket givet deltagarantalet utgör ett betydande bortfall. Anledningarna till avhoppet var okända. Bland de sex personer som avböjde medverkan vid förfrågan kunde rekryterande terapeuter inte identifiera några gemensamma drag eller anledningar till att tacka nej.

Instrument. För datainsamlingen användes semistrukturerad intervju, en vanlig och ofta rekommenderad metod för att generera material i kvalitativ forskning (Knox & Burkard, 2009; Willig, 2008). En semistrukturerad intervju erbjuder möjlighet att behålla fokus på forskningsfrågan, men tillåter samtidigt följsamhet till respondentens berättelse och personliga förutsättningar (Willig, 2008). Den intervjuguide som vägledde uppsatsens datainsamling innehöll teorigenererade frågor som varierade i grad av öppenhet och täckte in de fyra typer av

frågor som Spradley (1979, refererat i Willig, 2008) rekommenderat för kvalitativa intervjuer: deskriptiva frågor; strukturella frågor; kontrastfrågor, samt utvärderande frågor. Intervjuguiden granskades och reviderades fyra gånger varmed intervjufrågorna utvecklades, specificerades och organiserades till slutgiltig form, och prövades ut på externa respondenter; samtliga steg som förbättrade möjligheterna att generera material för att besvara forskningsfrågan. Att på förhand formulera frågor knutna till teori innebär dock risk att svar i alltför hög grad både formuleras och tolkas utifrån intervjuguidens teoretiska förutsättningar. För att motverka detta hade intervjuguiden med fördel i större utsträckning kunnat formuleras kring tematiska och mindre specifika frågor.

Av uppsatsens intervjuer genomfördes fyra under möten med studiens deltagare i lokaler tillhörande Institutionen för psykologi vid Lunds universitet och en intervju genomfördes via telefon. Jämfört med telefonintervjuer har intervjuer där respondent och intervjuare befinner sig i samma rum föreslagits vara fördelaktiga då risken för bias kopplade till social önskvärdhet minskat (Tourangeau and Yan, 2007, refererat i Knox & Burkard, 2009). Datakvaliteten i telefonintervjuer har dock också bedömts vara jämförbar med intervjudata från personliga möten mellan intervjuare och respondent (Siemiatycki, 1979 refererat i Knox & Burkard, 2009). Föreliggande uppsats intervjuförfarande kan i detta avseende ha påverkat materialet, men författarnas uppfattning är att det inte förelegat några skillnader i det slutgiltiga materialets kvalitet som tycks förknippat med hur intervjuerna genomfördes, med undantag för den icke-verbala information som gått förlorad. I ett försök att motverka effekter av bias härrörande från social önskvärdhet uppmanades samtliga deltagare att delge även sådana upplevelser som under behandlingstiden varit mindre positiva.

Procedur. Information om studiens syfte gavs till behandlare och potentiella deltagare av ansvarig läkare i DBT-teamet. Författarna hade således inte kontroll över denna process, vilket medför en risk att studien initialt presenterats på olika vis och att deltagares inställning till och förväntningar på medverkan påverkats.

Vid intervjutillfällena informerades deltagarna om att författarna bjudits in av DBT-teamet för att presentera den färdiga uppsatsen. Samtliga deltagare gav sitt samtycke till detta men vetskapen om att beskrivningar av behandlare kan komma att delges desamma kan ha påverkat deltagare benägenhet att uttrycka sig fritt. För att säkerställa att ingen information som

deltagarna delat med sig av skulle presenteras i uppsatsen mot deras vilja, tillfrågades samtliga deltagare efter genomförd intervju om de delgivit information som de omedelbart önskade att författarna skulle bortse ifrån i materialet.

Intervjuernas längd varierade mellan 90 och 130 minuter. Tre av intervjuerna överskred de 90 minuter som angivits i informationsbrevet. Intervjuernas längd kan ha påverkat den information som varje deltagare delade med sig av. En längre intervju skulle kunna innebära större möjlighet för resonemang att utvecklas, men också en större påfrestning för deltagaren. Längre intervjuer ökar också risken för trötthet hos både deltagare och författare, med möjliga negativa effekter på materialets kvalitet. Under delar av den intervju som genomfördes via telefon var deltagaren inte ensam och vid dessa tillfällen får hennes partners och barns närvaro antas ha påverkat både deltagarens fokus under intervjun och vilken information som framkom.

Samtliga intervjuer genomfördes med båda författarna närvarande vilket får ses som en metodstyrka då det gav möjlighet till observation av intervjuförandet, kontroll över hur intervjuguiden följdes, samt högre sannolikhet för att deltagarnas beskrivningar uppfattades korrekt vilket bidrar till ökad interbedömarreliabilitet. Förfarandet gav också författarna möjlighet att lära känna materialet i högre grad innan analysen påbörjades. Vidare kunde bisittande intervjuare ställa ytterligare frågor från ett mer distanserat perspektiv än huvudintervjuaren, vars fokus var riktat mot deltagaren. Att bli intervjuad av två personer skulle dock kunna upplevas som överväldigande av någon deltagande, varför intervjuarnas roller och syftet med detta upplägg tydliggjordes före varje intervju. Samtliga deltagare hade vana av både bild- och ljudupptagning från DBT-sessioner, vilket kan ha minskat risken för att ljudupptagningen upplevts som en källa till obehag i intervjusituationen.

Två av deltagarna hade svårigheter att besvara vissa av intervjuguidens frågor. Frågorna om självbild upplevdes av dessa deltagare som abstrakta och frågan om hur deltagarna trodde att andra uppfattade dem upplevdes handla om hur andra faktiskt uppfattade dem, vilket därmed krävde att intervjuarna klargjorde och konkretiserade frågan.

Dataanalys. Tematisk analys har kritiserats för att vara en diffust definierad metod med otillräckliga avgränsningar mot andra kvalitativa metoder (Braun & Clarke, 2006). I föreliggande studie har dock tydligt beskrivna och utprovade analyssteg följts (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). Braun och Clarke (2006) menar att en risk med analysmetodens flexibilitet och bredd är

att endast beskrivningar, snarare än tolkningar, av data möjliggörs. Detta undviks genom ett tydligt teoretiskt ramverk i vilket data förankras, något som tagits fasta på i föreliggande arbete. Utifrån Braun och Clarkes (2006) resonemang kan studiens teoridrivna analys ses som en styrka med anledning av den underlättar fokus på för frågeställningen relevanta aspekter av materialet. Förfarandet riskerar dock samtidigt begränsa vilka slutsatser som går att dra utifrån materialet, något som författarna sökt avhjälpa genom induktiv kodning som möjliggjort att även aspekter som inte varit direkt knutna till studiens syfte kunnat inkluderas i analysen.

Ytterligare en styrka är den ökade interbedömarreliabilitet som författarnas val att kontrollera varandras separat genomförda kodningar innebär. Denna form av triangulering syftar till att undersöka överensstämmelse mellan olika perspektiv, som då kan antas utgöra en rimlig representation av verkligheten (Willig, 2008).

Uppsatsens ambition att inkludera deltagarvalidering utgör ett eget tillägg till Fereday och Muir-Cochranes (2006) metodbeskrivning. Samtliga deltagare erbjöds möjlighet att läsa och kommentera på det färdiga resultatet innan uppsatsen färdigställdes, med målet att bereda utrymme för ytterligare bearbetning och förbättra möjligheterna för deltagarnas upplevelser att representeras korrekt. Endast en av fem deltagare meddelade att hon läst resultatet. Denna deltagare lämnade ett positivt omdöme och önskade inga ändringar. Kommentarer från fler eller samtliga deltagare hade varit önskvärt och inneburit att resultatet i högre grad kunnat anses rättvisande.

Författarnas förförståelse. Författarna har sökt hålla sig nära tidigare teori i diskussion av materialet och sätta resultatet i relation till detta, vilket minskat risken för att personliga uppfattningar påverkat studiens slutsatser. Däremot är subjektivitet oundvikligt i en kvalitativ studie och ansatsen medger tolkningsutrymme.

Det finns olika ståndpunkter avseende när i forskningsprocessen det är lämpligt att förkovra sig i tidigare forskning, att göra detta i ett tidigt skede skulle kunna innebära ett för snävt analytiskt fokus men också en teoretisk känslighet för viktiga aspekter i materialet (Tuckett, 2005 refererat i Braun & Clarke, 2006). Författarna inledde tidigt en litteraturgenomgång för att möjliggöra skapandet av en teoretiskt relevant intervjuguide, vilket således har påverkat författarnas förförståelse för borderlineproblematik, DBT samt självverifieringsprocesser och därmed tolkningen av materialet. Detta bör dock inte ses som ett

problem utan snarare som en styrka givet studiens metodval, teoridriven tematisk analys.

Etiska överväganden. Deltagarna och de delar av deras berättelser som bedömdes kunna innebära hot mot anonymiteten avidentifierades i materialet. Det föreligger dock risk att deltagare skulle kunna identifiera varandra om de haft kontakt tidigare och känner igen varandras upplevelser. Då svaren tematiserats och presenteras utan koppling till enskilda deltagare, bedömer dock författarna denna risk som liten.

Med anledning av frågornas känsliga natur fanns en risk för att de skulle kunna väcka obehagliga minnen eller på annat vis uppröra deltagare. Någon explicit plan för sådana eventuella situationer fanns inte, dock utformades intervjuguiden delvis med detta i åtanke och de frågor som ställdes mot slutet av intervjuerna var av övervägande positiv karaktär. Efter genomförd intervju tillfrågades deltagarna om hur de mådde och hur det varit för dem att dela med sig av sina upplevelser. Samtliga uppgav sig må bra även om flera också meddelade att det varit svårt att återuppleva smärtsamma minnen. Dessa deltagare uppgav dock att de hade strategier för att hantera detta, eller möjlighet att söka stöd hos andra.

Slutsatser

Resultaten i föreliggande uppsats tyder på att de DBT-program som studiens deltagare genomgått i hög utsträckning har bidragit till de positiva förändringar i självbild som rapporterats och att behandlingen därmed har haft effekt på temperamentella symptom. Viktiga faktorer i behandlingen som medverkat till förändring innefattar behandlingsmotivation, upplevelser av goda relationer samt färdigheter som utvecklats i behandlingen.

DBT framstår som ett behandlingsprogram vilket erbjuder goda förutsättningar för att etablera och upprätthålla terapeutiska relationer, som leder till att patienten gör nya relationella erfarenheter och utvecklar en mer nyanserad självbild. Interventioner i DBT som förbättrar kommunikativa och emotionsreglerande förmågor påverkar patientens relationer även utanför behandlingen, och färdigheter för acceptans och validering verkar ha varit av avgörande betydelse för dessa effekter.

Behandlingsformer riktade mot BPD tycks med fördel präglas av transparens och vara tydligt strukturerade med explicita överenskommelser om metoder och behandlingsmål, samt möjlighet för patienter att själva formulera kompletterande målsättningar. Vidare bör sådana

behandlingsformer innefatta kontinuerliga behandlingskontakter med terapeuter som bekräftar patientens traumatiska upplevelser och synliggör förändringsbehov. Med anledning av de interpersonella svårigheter som karaktäriserar BPD, och de betydande förbättringar på detta område som resultatet indikerar, bör interventioner särskilt utformade för att stärka patientens relationer både i och utanför behandlingen ges plats i terapin. Förbättrade relationer kan ses som både en förutsättning för, och som effekt av, en förbättrad syn på den egna personen. Självverifieringsteorin tycks utgöra ett lämpligt perspektiv för utforskande av samspelet mellan relationer och självbild, som kan bidra till att förklara hur DBT påverkar dessa områden. Utifrån föreliggande studies resultat går det däremot inte att uttala sig om eventuell kausalitet i detta förhållande, utan endast konstatera att relationer och självbild påverkar varandra.

Vidare forskning

Tidigare forskning och de aktuella resultaten tyder på att DBT bidrar med positiva effekter på patientens självbild. Forskningsunderlaget är dock tunt i dagsläget varför ytterligare studier bör undersöka generella förändringar i självbild såväl som specifika aspekter av konstruktet, exempelvis självvärdering. För att framgent kunna utveckla DBT eller utforma andra behandlingsformer för BPD krävs vidare kunskap om vilka symptomlätnader patienter upplever, i vilken grad symptomen förändras, vid vilka tidpunkter i behandlingen förändringar uppstår och huruvida förändringarna är bestående eller tillfälliga. Vidare bör den terapeutiska relationens roll för temperamentella symptomlätnader vid BPD och vilka relationella kvaliteter som kan förknippas med förändringar undersökas, liksom om några aspekter av den terapeutiska relationen snarare hindrar än möjliggör förändring hos patienten. Utifrån vetskapen om att BPD kan ta sig många olika uttryck bör eventuella undergrupper till diagnosen identifieras. Om diagnosen BPD kan specificeras ytterligare med underdiagnoser skulle behandlingsformer kunna modifieras för att passa den enskilda patientens behov bättre. Metoder för att, efter avslutad behandling, underlätta upprätthållande av nya förmågor utvecklade i behandling borde med fördel undersökas som ett led i att skapa långsiktig förändring och motverka risken för återfall i allvarlig psykiatrisk problematik.

Referenser

- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardria, R. & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 40, 6–19.
doi:10.1016/j.neubiorev.2014.01.003
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. (J. Herlofson & M. Landqvist, Övers.). Stockholm: Pilgrim Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Araminta, T. (2000). *Dialectical Behavior Therapy: A Qualitative Study of Therapist and Client Experience*. Hämtad från ProQuest Digital Dissertations.
- van Asselt, A. D. I, Dirksen, C. D., Arntz, A. & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry* 22, 354-361. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.04.001
- Baumeister, R. F. (1998). The Self. I Gilbert, D. T., Fiske, S. T. & Lindzey, G. (Red.), *The Handbook of Social Psychology* (pp.680-740) (4:e uppl.). Crawfordsville: R. R. Donnelley.
- Baumeister, R. F. (Red.). (1999). *The Self in Social Psychology*. Ann Arbor, MI: Edwards Brother.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus

- nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(1), 66-77. doi:10.1037/a0026113
- Blatt, S.J., & Zuroff, D.C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459–486.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychodynamic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2007).
Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer. Stockholm: Natur & Kultur.
- Brooks, M. L., Swann, W. B., Jr., & Mehta, P. H. (2011). Reasserting the self: Blocking self-verifying behavior triggers compensatory self-verification. *Self & Identity*, 10, 77–84. doi:10.1080/15298861003593575
- Buchheim, A., Roth, G., Schiepek, G., Pogarell, O. & Karch, S. (2013). Neurobiology of borderline personality disorder (BPD) and antisocial personality disorder (APD).
Swiss Archives of Neurology and Psychiatry, 164(4), 115–22. Hämtad från:
<http://www.sanp.ch/docs/sanp/2013/04/en/sanp-00156.pdf>
- Bürgy, M. (2012). The origin of the concept of psychosis: Canstatt 1841. *Psychopathology* 2012(45), 133–134. doi:10.1159/000330257
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan’s theory.
Psychological Bulletin, 135(3), 495-510. doi:10.1037/a0015616

- Cunningham, K., Wolbert, R., & Lillie, B. (2004). It's about me solving my problems: Clients' assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 1(1), 248-256. doi:10.1016/S1077-7229(04)80036-1
- Dammann, G., Hügli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A., Küchenhoff, J. & Walter, M. (2011). The self-image in borderline personality disorder: An in-depth qualitative research study. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 517-527. doi:10.1521/pedi.2011.25.4.517
- Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J. & Chapman, A. L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 282-302. doi:10.3109/09540261.2011.586992
- Emmelkamp, P. M. G. & Kamphuis, J. K. (2009). *Personlighetsstörningar*. (B. Lindqvist, Övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R & McKay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24(1), 52-66. doi: 10.1080/10503307.2013.820855
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393-400. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Fereday, J. & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 1–11. Hämtad 16 mars 2014 från http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/HTML/fereday.htm

- Flückiger, C., Wampold, B. E., Horvath, A. O., Del Re, A. C. & Symonds, D. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10-17. doi:10.1037/a0025749
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(1), 83-101. doi:10.1080/09638230601182045
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals, 23*(3), 412-459. doi:10.1080/07351692309349042
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology, 2007*(40), 379-387. doi:10.1159/000106468
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 29*(3), 133-138. doi:10.1375/anft.29.3.133
- Goldstein, W. N. (1983). DSM-III and the diagnosis of borderline. *American Journal of Psychotherapy, 37*(3), 312-327. Hämtad från <http://europepmc.org/>
- Goldstein, W. N. (1988). Current dynamic thinking regarding the diagnosis of the borderline patient. *American Journal of Psychotherapy, 41*(1).
- Grinker, R., Werble, B. & Drye, R. C. (1968). *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions*. New York, NY: Basic Books.
- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*(11), 16-37. Hämtad från ajp.psychiatryonline.org
- Hadjiosif, M. (2013). From strategy to process: Validation in dialectical behaviour

- therapy. *Counselling Psychology Review*, 28(1), 72-82. Hämtad från:
<http://www.bps.org.uk/>
- Hopwood C. J., Donnellan M. B. & Zanarini, M. C. (2010). Temperamental and acute symptoms of borderline personality disorder: Associations with normal personality traits and dynamic relations over time. *Psychological Medicine*, 40(11).
doi:10.1017/S0033291709992108
- Horvath A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(4), 561-573. Hämtad från <http://psycnet.apa.org/>
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. Hämtad från <http://psycnet.apa.org/>
- Igra, L. (1983). *Objektrelationer och psykoterapi*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3). 344-364.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K. & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualitative study of service user's perspective. *PLoS ONE*, 7(5), e36517.
doi:10.1371/journal.pone.0036517
- Kellogg, S. H. & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. doi:10.1002/jclp.20240
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization
Journal of American Psychoanalytic Association, 15, 641-685.

doi:10.1177/000306516701500309

- Kernberg, O. (1983). *Borderlinetillstånd och patologisk narcissism*. (E. Jakobsson, Övers.) Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 1975).
- Kernberg, O. & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 505-508. doi:10.1176/appi.ajp.2009.
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 18, 1-12. Hämtad från <http://psycnet.apa.org/>
- Knox, S. & Burkard, A. W. (2009). Psychotherapy research interviews: Qualitative research methods. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 566-575. doi:10.1080/1050330080270210
- Kraus, G. & Reynolds, D. J. (2001). The “A-B-C’s” of the cluster B’s: Identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review* 21(3), 345-373. Hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Laska, K. M., Gurman, A. S. & Wampold, B. E. (2013). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy* (50)4, 1-15. doi:10.1037/a0034332
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M (2000). *Dialektisk beteendeterapi: Färdighetsträningsmanual*. (J. Herlofson, Övers.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1993).
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2006).

- Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480. doi:10.1002/jclp.20243
- McCarthy, K. L., Mergenthaler, E. & Grenyer, B. F. (2014). Early in-session cognitive-emotional problem-solving predicts 12-month outcomes in depression with personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(1), 103-115. doi:10.1080/10503307.2013.826834
- Miller, S. (1994). Borderline personality disorder from the patient's perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(12), 1215-1219.
- Nilsonne, Å. (2000). Förord. Linehan, M. M. *Dialektisk beteendeterapi: Färdighetsträningsmanual*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- North, R. J. & Swann, Jr., W. B. (2009). Self-verification 360°: Illuminating the light and dark sides. *Self and Identity*, 8, 131-146. doi:10.1080/15298860802501516
- Panos, P.T., Jackson, J.W., Hasan, O. & Panos, A. (2013). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy. *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223. doi:10.1177/1049731513503047
- Perseus, K-I. (2006). *Borderline Personality Disorder: Studies of suffering, quality of life and dialectical behavioural therapy*. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neuropsykologi.
- Richardson-Vejlgaard, R., Broudy, C., Brodsky, B., Fertuck, E. & Stanley, B. (2013). Predictors of psychotherapy alliance in Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Research*, 23(5), 539-546. doi:10.1080/10503307.2013.801001
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M. & Carson-Wong, A. (2013). An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73-80. doi:10.1037/a0029808
- Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., Rüter, A.,

- Merkel, A., Heuser, I. & Lammers, C-H. (2011). Dialectical behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 148-158. doi:10.1002/cpp.684
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. I A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Red.), *The Working alliance: Theory, research and practice*. (pp. 225-255). New York: John Wiley & Sons.
- Scheel, K. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 68–86. doi:10.1093/clipsy.7.1.68
- Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Socialstyrelsen (n.d.-a). Psykiatrikoder. Hämtad den 21 februari 2014 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/psykiatrikoder>
- Socialstyrelsen (n.d.-b). DBT (Dialektisk beteendeterapi). Hämtad 10 mars 2014 från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/dbt>
- Sparks, J., Duncan, B., Miller, S. D. (2008). Common factors in psychotherapy. I J. Lebow (Red.). *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*. (pp. 453-497). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons
- Spinhoven, P., van Dyck Vrije, R., Giesen-Bloo, J., Kooiman Leiden, K. & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and

- transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(1), 104-115.
 doi:10.1037/0022-006X.75.1.104
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Dialektisk beteendeterapi (DBT) vid
 borderline personlighetsstörning*. Stockholm: SBU Alert.
- St. Clair, M. (2000). *Object relations and self psychology: An introduction*. (3:e
 uppl.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Steffen, E. (2013). Both 'being with' and 'doing to': Borderline personality disorder and the
 integration of humanistic values in contemporary therapy practice. *Counselling
 Psychology Review* 28(1), 64-71. Hämtad från <http://www.bps.org.uk>
- Stern A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses.
Psychoanalytic Quarterly, 1938(7):467-489.
- Stinson, D. A., Logel, C. Holmes, J. G., Wood, J. V., Forest, A. L., Gaucher, D.,
 Fitzsimons, G.M. & Kath, J. (2010). The regulatory function of self-esteem:
 Testing the epistemic and acceptance signaling systems. *Journal of Personality
 and Social Psychology*. 99(6). 993-1013. doi:10.1037/a0020310
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012).
 Psychological therapies for people with borderline personality disorder.
Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(1), 1-101.
 doi:10.1002/14651858.CD007967.pub2
- Svenska Psykiatriska Föreningen. (2006). *Personlighetsstörningar: Kliniska riktlinjer för
 utredning och behandling*, (Svensk Psykiatri 8). Växjö: Gothia
- Swann, W. B., Jr. (1983). Self-verification: Bringing social reality into harmony with the
 self. I Suls, J. & Greenwald, A. (Red.), *Social psychological perspectives on the*

- self* (pp. 33-66). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Swann, W. B., Jr. (2005). The self and identity negotiation. *Interaction Studies*, 6(1), 69-83. doi:10.1075/is.6.1
- Swann Jr, W. B. (2012). Self-Verification Theory. I Paul A. M. Van Lange & Arie W. Kruglanski & E. Tory Higgins (Red.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (pp.23-43). London: SAGE Publications Ltd. doi:10.4135/9781446249222.n27
- Swann, W. B., Jr. & Bosson, J. K. (1998). Self and Identity. I Susan T. Fiske, Daniel T Gilbert & Gardner Lindzey (Red.), *Handbook of Social Psychology*, Vol. 1 (5:e suppl.). (pp.589-628). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Swann, W.B., Jr. & Bosson, J. (2008). Identity Negotiation: A Theory of Self and Social Interaction. In O. John, R. Robins, & L. Pervin (Red.) *Handbook of Personality Psychology: Theory and Research*. New York: Guilford.
- Swann, W. B., Jr., & Pelham, B. W. (1988). The social construction of identity: Self-verification through friend and intimate selection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1119-1128.
- Swann, W. B., Jr., & Read, S. J. (1981a). Self-verification processes: How we sustain our self-conceptions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17(4), 351-372. doi:10.1016/0022-1031(81)90043-3
- Swann, W. B., Jr., & Read, S. J. (1981b). Acquiring self-knowledge: The search for feedback that fits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(6), 1119-1128. doi:10.1037/0022-3514.41.6.1119
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* 7(4). 413-419. doi:10.1016/S1077-7229(00)80052-8
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.

- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A Practitioner's Guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x
- Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 93-104. doi:10.1521/pedi.1997.11.1.93
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 155(12), 1733-1739. Hämtad från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, I. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 164(6), 929-935. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.929

Bilaga A: Diagnoskriterier för borderline personlighetsstörning i DSM-IV

Kriterier för 301.83 Borderline personlighetsstörning F60.31 enligt DSM-IV:

1. Gör stora ansträngningar för att undvika verkliga eller fantiserade separationer. Obs: Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5) räknas inte in här.
2. Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva mellanmännsliga relationer som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering.
3. Uppvisar identitetsstörning, dvs. varaktig och påtaglig instabilitet i självbild och identitetskänsla.
4. Visar impulsivitet i minst två olika avseenden som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv (t ex slösaktighet, sexuell äventyrlighet, drogmissbruk, vårdslöshet i trafik, hetsätning). Obs: Sådant suicidalt eller självstympande beteende som beskrivs under kriterium 5) räknas inte in här.
5. Uppvisar upprepat suicidalt beteende, suicidala gester eller suicidhot eller självstympande handlingar.
6. Är affektivt instabil, vilket beror på en påtaglig benägenhet att reagera med förändring av sinnesstämningen (t ex intensiv episodisk nedstämdhet, irritabilitet eller ångest som vanligtvis varar i några timmar och endast sällan längre än några få dagar).
7. Känner en kronisk tomhetskänsla.
8. Uppvisar inadekvat, intensiv vrede eller har svårt att kontrollera aggressiva impulser (t ex ofta återkommande temperamentsutbrott, konstant ilska, upprepade slagsmål).
9. Har övergående, stressrelaterade paranoida tankegångar eller allvarliga dissociativa symtom.

(American Psychiatric Association, 2002)

Bilaga B: Intervjuguide

Intervjuguide

Hur gammal är du?

Hur länge sedan var det du avslutade din behandling med DBT?

Hur länge gick du i DBT?

Berätta lite om varför du sökte DBT.

Var det något särskilt som gjorde att du sökte just då?

DÅ

Självbild

Hur skulle du beskriva dig själv innan du började gå i DBT?

Vad tänkte du om dig själv?

Hur såg du på din framtid och dina möjligheter?

Upplevelse av andra

Berätta lite om hur du upplevde det att vara med andra i sociala sammanhang.

Vad tänkte du om andra?

Hur upplevde du att andra såg på dig?

Hur ville du uppfattas av andra?

NU

Självbild

Hur skulle du beskriva dig själv idag?

Vad tänker du om dig själv?

Hur ser du på din framtid och dina möjligheter?

Upplevelse av andra

Berätta lite om hur du tycker det att vara med andra i sociala sammanhang idag.

Vad tänker du om andra?

Hur upplever du att andra ser på dig?

Hur vill du uppfattas?

Du har berättat om hur du har sett på dig själv och andra tidigare, och hur du ser på det nu. Vad tror du att de här skillnaderna beror på? Vad har varit viktigast i den förändringen?

Upplever du några andra skillnader idag jämfört med tidigare?

På vilket sätt då?

Vad är det du gör annorlunda idag?

Vad tror du att det beror på?

BEHANDLING

I början

Hur såg dina förväntningar ut när du började behandlingen?

Som helhet

Vad tycker du om behandlingen som helhet?

Vad var bra? Exempel.

Vad var mindre bra? Exempel.

Tycker du att behandlingen har varit till hjälp för dig?

På vilka sätt?

Vad tycker du har varit mest hjälpsamt?

Validering

Vad innebär validering för dig?

Hur använder du de kunskaperna i din vardag?

Relationer under behandlingen

Vill du berätta lite om hur du upplevde relationerna till de som var dina behandlare?

Såg det olika ut? Exempel.

Vad var viktigt för dig för att det skulle kännas bra i mötet med behandlarna?

Förändrades relationerna till dina behandlare under terapin? Hur?

Var det något särskilt i behandlarnas bemötande som stannat kvar i minnet? Exempel.

Upplever du att du, tillsammans med behandlarna, har hittat nya sätt att se på dig själv? På vilka sätt?

Avslut

Hur var det för dig när det var dags att avsluta behandlingen?

Critical incidents

Vad är det allra viktigaste du tar med dig från din behandling?

Finns det flera saker?

Kommer du ihåg några speciella händelser i terapin som betytt mycket för dig/stannat kvar i minnet hos dig? (positivt eller negativt)

Utanför terapi

Hände det något utanför terapin som betydde mycket för dig under den här tiden?

Bilaga C: Informationsbrev till deltagare



LUNDS
UNIVERSITET

Vi vill höra om just DIN upplevelse av dialektisk beteendeterapi!

Varför får Du det här informationsbrevet?

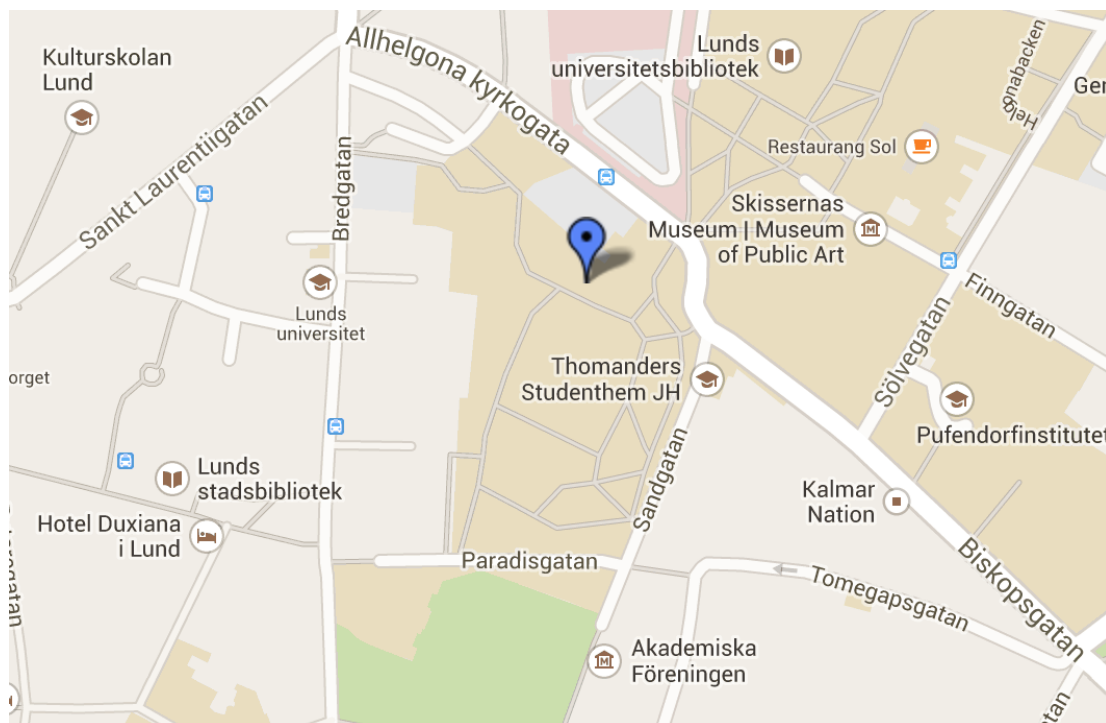
Som studenter på psykologprogrammet i Lund skriver vi en examensuppsats under vår sista termin på utbildningen. Vi har valt att fördjupa oss i dialektisk beteendeterapi, och särskilt i hur personer som avslutat sin behandling upplever terapin, den egna självbilden samt relationen till behandlarna. Därför vill vi gärna höra om just Din erfarenhet!

Du har avslutat en dialektisk beteendeterapi och tillfrågas härmed om deltagande i vår undersökning. Deltagandet innebär att Du kommer att bli intervjuad av oss om just Din upplevelse av att gå i dialektisk beteendeterapi. Materialet från intervjun avidentifieras och inga personuppgifter eller intervjusvar kommer att kunna härledas till Dig. Intervjun kommer att ta mellan 45 och 90 minuter och ljudet spelas in för att vi ska ha möjlighet lyssna på samtalet igen. Allt material kommer att raderas när examensuppsatsen är färdig. Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan utan att behöva förklara varför. Undersökningen kommer att presenteras i form av en examensuppsats vid Institutionen för Psykologi vid Lunds Universitet.

Dialektisk beteendeterapi är en evidensbaserad metod som visat goda behandlingsresultat i forskning. Det vi vill tillföra med vår undersökning är en förståelse för enskilda personers upplevelse av terapin och den egna självbilden, något vi tycker är viktigt och som vi hoppas kunna leda till djupare kunskap om hur dialektisk beteendeterapi kan fungera.

Besöksadress: Allhelgona kyrkogata 14
Hus O (Kvarteret Paradiset)
Lund

Kontakt:
Gunnar Eriksson, 07xx-xxxxxx
Lotta Nilsson, 07xx-xxxxxx



Bilaga D: Samtyckesblankett

Härmed samtycker jag till deltagande i undersökningen som presenterats ovan.

Ort och datum: _____

Signatur

Namnförtydligande

Ort och datum: _____

Ort och datum: _____

Signatur

Signatur

Lotta Nilsson

Gunnar Eriksson

lotta.nilsson.xxx@student.lu.se

gunnar.eriksson.xxx@student.lu.se

07xx-xxxxxx

07xx-xxxxxx

Handledare: Lars-Gunnar Lundh

Kodmanual

1.0 Självbild innan DBT

1.1 Självkoncept

- föreställningar och tankar om självet

1.2 Självkänsla

- värdering av självet?

2.0 Själverifiering innan DBT

- bete sig i enlighet med andras bedömning
- beteende utifrån självbild för att få verifiering

2.1 Selektions/uppmärksamhetsbias

- minnen
- andras bedömningar

2.2 Upplevelse av kontroll

- förutsägbarhet
- guide i samspel

2.3 Relationer

- vad gjorde och sa andra?
- hur upplevdes det av dig?

2.3.1 Grad av kongruens

- fanns inkongruent information?
- hur hanterades den (tanke/känsla/beteende)

3.0 Självbild idag

3.1 Självkoncept

- föreställningar och tankar om självet

3.2 Självkänsla

- värdering av självet?

4.0 Själverifiering nu

- bete sig i enlighet med andras bedömning
- beteende utifrån självbild för att få verifiering

4.1 Selektions/uppmärksamhetsbias

- minnen
- andras bedömningar

4.2 Upplevelse av kontroll

- förutsägbarhet
- guide i samspel

4.3 Relationer

- vad gjorde och sa andra?
- hur upplevdes det av dig?

4.3.1 Grad av kongruens

- fanns inkongruent information?
- hur hanterades den (tanke/känsla/beteende)

5.0 Bidragande faktorer till förändringar i självbild

5.1 Relationer

- vad gjorde och sa andra?
 - i behandling
 - utanför

5.1.1 Grad av kongruens

- fanns inkongruent information?
- hur hanterades den (tanke/känsla/beteende)

5.2 Färdigheter

5.3 Critical incidents

- i behandling
- utanför

